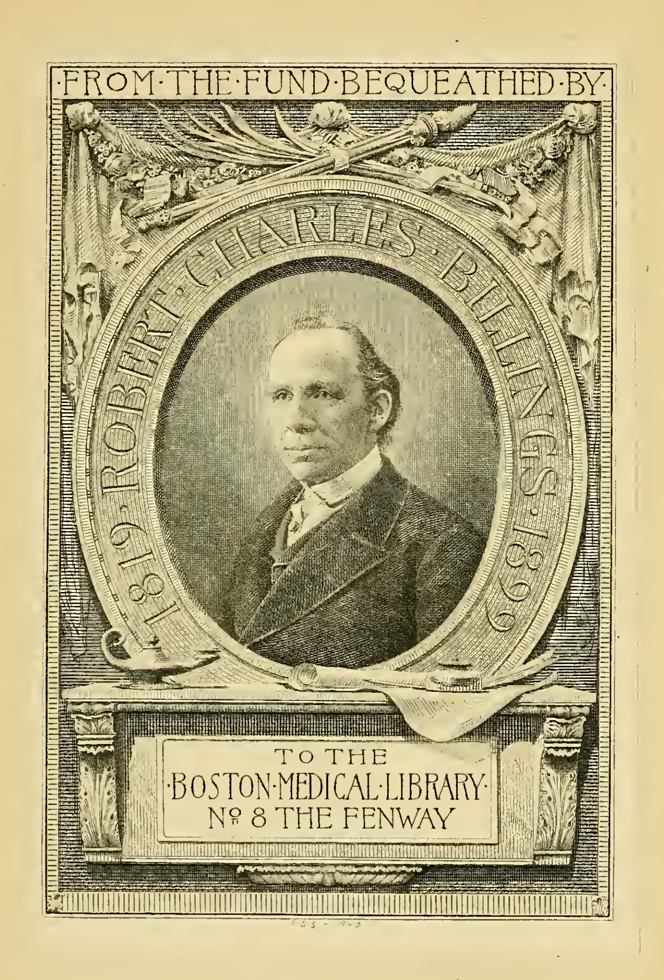



·FROM·THE·FUND·BEQUEATHED·BY·
1819·ROBERT·CHARLES·BILLINGS·1899
TO THE
·BOSTON·MEDICAL·LIBRARY·
Nº 8 THE FENWAY

LES OBSESSIONS ET LA PSYCHASTHÉNIE

II

AUTRE OUVRAGE DE MM. LES P^rs RAYMOND ET JANET

Travaux du laboratoire de psychologie de la clinique à la Salpêtrière. Deuxième série. **Névroses et Idées fixes.** II. *Fragments des leçons du mardi sur les névroses, les maladies produites par les émotions, les idées obsédantes et leur traitement.* 1 fort vol. gr. in-8, avec 67 figures dans le texte. . . . . . 14 fr.

AUTRES OUVRAGES DE M. LE Pr RAYMOND

Maladies du système nerveux. Atrophies musculaires et maladies amyotrophiques. 1 vol. grand in-8 de 540 pages (Doin, éditeur).

Maladies du système nerveux. Scléroses systématiques de la moelle. 1 vol. in-8 de 440 pages, avec 122 fig. (Doin, éditeur).

L'étude des maladies du système nerveux en Russie. 1 vol. in-8, 1889.

Leçons sur les maladies du système nerveux *(Hospice de la Salpêtrière)*, recueillies et publiées par le Dr E. Rikl in (Doin, éditeur) :

Première série, 1896, 1 vol. gr. in-8.
Deuxième série, 1897, 1 vol. gr. in-8.
Troisième série, 1898, 1 vol. gr. in-8.
Quatrième série, 1900, 1 vol. gr. in-8.
Cinquième série, 1901, 1 vol. gr. in-8.

Des dyspepsies. 1 vol. in-8 de 284 pages (Doin, éditeur).

AUTRES OUVRAGES DE M. LE Pr PIERRE JANET

L'automatisme psychologique. *Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité mentale.* 1 vol. in-8 de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine,* 3e édition (F. Alcan, éditeur). . . . . 7 fr. 50

État mental des hystériques. *Les stigmates mentaux,* etc. Préface de M. le Pr Charcot (Rueff et Cie, éditeurs).

État mental des hystériques. *Les accidents mentaux* (Rueff et Cie, éditeurs).

Travaux du laboratoire de psychologie de la clinique à la Salpêtrière. Première série. **Névroses et idées fixes.** I. *Études expérimentales sur les troubles de la volonté, de l'attention, de la mémoire; sur les émotions, les idées obsédantes et leur traitement.* 1 vol. in-8, avec 68 fig. dans le texte (F. Alcan, éditeur). . . . . 12 fr.

Travaux du laboratoire de psychologie de la clinique à la Salpêtrière. Troisième série. **Les obsessions et la psychasthénie.** I. *Études cliniques et expérimentales sur les idées obsédantes, les impulsions, les manies mentales, la folie du doute, les tics, les agitations, les phobies, les délires du contact, les angoisses, les sentiments d'incomplétude, la neurasthénie, les modifications du sentiment du réel, leur pathogénie et leur traitement.* 1 vol. gr. in-8, avec gravures dans le texte. 18 fr.

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.

Travaux du laboratoire de Psychologie de la Clinique à la Salpêtrière
QUATRIÈME SÉRIE

LES OBSESSIONS
ET
LA PSYCHASTHÉNIE

II

FRAGMENTS DES LEÇONS CLINIQUES DU MARDI
SUR LES ÉTATS NEURASTHÉNIQUES, LES ABOULIES,
LES SENTIMENTS D'INCOMPLÉTUDE,
LES AGITATIONS ET LES ANGOISSES DIFFUSES, LES ALGIES, LES PHOBIES,
LES DÉLIRES DU CONTACT, LES TICS, LES MANIES MENTALES,
LES FOLIES DU DOUTE, LES IDÉES OBSÉDANTES. LES IMPULSIONS,
LEUR PATHOGÉNIE ET LEUR TRAITEMENT

PAR

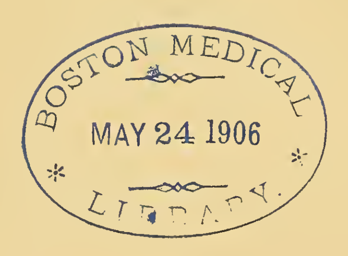
Le Dr F. RAYMOND
Professeur
de clinique des maladies du système nerveux
Médecin de la Salpêtrière.

Le Dr Pierre JANET
Professeur de psychologie au Collège de France
Directeur du laboratoire de Psychologie
à la Salpêtrière.

Avec 22 figures dans le texte.

PARIS
FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR
ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1903


BOSTON MEDICAL
MAY 24 1906
LIBRARY.

INTRODUCTION

Cet ouvrage est rédigé sur le même plan que l'un de nos précédents travaux, le second volume de notre livre sur les *Névroses et les Idées fixes*, publié en 1898[1]. Il contient un ensemble d'observations recueillies et rédigées au laboratoire de psychologie installé dans la clinique, observations dont un grand nombre ont été présentées, sous forme de leçons cliniques, au début des cours du mardi. Cet ouvrage est cependant différent du précédent en ce qu'il porte sur une catégorie plus précise de malades ; toutes les observations qu'il contient peuvent se rattacher aux états psychasthéniques décrits, surtout au point de vue psychologique, par l'un de nous, dans le premier volume. Il complète ainsi ce précédent travail et nous paraît lui ajouter un complément fort utile. En premier lieu, il donne les observations d'un grand nombre des sujets d'après lesquels ont été établies les études précédentes ; il fournit ainsi le moyen de réunir des détails souvent disséminés dans des chapitres éloignés, de reconstituer l'évolution de la maladie dans tel ou tel cas et de préciser, s'il y a lieu, le diagnostic. C'est pourquoi, malgré quelques difficultés qui ont un peu gêné la classification, nous avons tenu à conserver non seulement les initiales qui désignaient chaque malade, mais encore le numéro d'ordre des observations[2].

Ce second volume ne doit pas seulement donner les observations des malades étudiés précédemment, il nous permet encore, si nous ne nous trompons, de reprendre ces études d'une manière un peu différente. En effet, le premier volume de cet ouvrage n'avait pas seulement un but médical, mais encore un objet psychologique : il ne se bornait pas à étudier la description et la classification cli-

1. Raymond et Pierre Janet, *Névroses et idées fixes*, 1898, II, p. VII.
2. *Les obsessions et la psychasthénie*, I, p. XI.

niques des psychasthéniques, il voulait tirer, de leur étude, des recherches sur l'interprétation des faits psychologiques qui se rattachent aux *fonctions du réel*, c'est-à-dire aux fonctions les plus élevées, qui permettent l'adaptation psychologique de l'être à son milieu physique et surtout à son milieu social. Ces recherches se rattachent très bien à l'étude de nos malades qui présentent une insuffisance nettement spécialisée à ces mêmes fonctions; elles permettent, en outre, d'étudier les conditions et les conséquences de leurs altérations. Mais cette longue et difficile étude psychologique obligeait d'analyser compendieusement des faits, en somme, peu importants au point de vue strictement médical et, ainsi, elle masquait quelquefois la description des types cliniques. Les divers aspects et les diverses évolutions de la maladie, tels que le médecin est exposé à les rencontrer, avaient été forcément résumés un peu brièvement, surtout si on compare l'étendue de cette description clinique aux longues analyses psychologiques précédentes [1]. C'est pourquoi, dans ce nouveau volume, nous désirons combler cette lacune.

Au lieu de suivre l'ordre analytique, qui nous avait conduits à examiner d'abord les symptômes les plus complexes, c'est-à-dire les idées obsédantes et à descendre graduellement, par l'analyse, jusqu'aux éléments de la maladie, aux sentiments pathologiques, et aux insuffisances psychologiques, nous exposerons ici l'ordre naturel d'évolution ainsi que les complications graduelles de la maladie, telle qu'elle se présente au médecin qui aura à en suivre les principales phases. En procédant ainsi, nous pourrons, dans des chapitres différents, mettre en relief les divers degrés de complication et de gravité de la maladie et, à chaque degré, donner des exemples des diverses formes et des divers types cliniques qu'elle revêt. Nous espérons, de cette manière, compléter, au point de vue clinique, la description de la maladie des obsessions que nous avons précédemment abordée au point de vue psychologique.

Voici, en résumé, ces différents degrés et ces divers types dont on trouvera la description dans les chapitres suivants. Le point de départ de toute la maladie des obsessions nous semble être, évidemment, cet état assez vague d'affaiblissement des fonctions vitales et surtout des fonctions nerveuses centrales, correspon-

1. Premier volume de cet ouvrage, p. 641.

dant à un état anatomique et physiologique, encore totalement inconnu dans son essence, que l'on a désigné sous bien des noms, mais qui est surtout connu sous celui d'*état neurasthénique*. Sans doute, l'origine principale d'un semblable état est, avant tout, la prédisposition héréditaire; cependant, il est facile de constater que bien des causes secondaires jouent un rôle considérable dans son apparition[1]. Parmi celles-ci, nous appelons tout particulièrement l'attention sur les phénomènes d'intoxication et surtout sur ceux d'auto-intoxication dont le rôle est souvent très évident. Chez beaucoup de ces malades, non seulement on constate tous les troubles de l'atonie digestive, mais encore on voit que leur peau est couverte de rougeurs et de boutons, que leurs lèvres sont gercées, que leur langue est saburrale, — chez quelques-uns même elle est d'un rouge vif, — que leur haleine est fétide et qu'ils ont même fréquemment de petites périodes fébriles. On ne saurait trop insister, à ce propos, sur le danger d'une alimentation exagérée et mal dirigée. Nous avons vu dernièrement une jeune fille de ce genre, constamment nourrie de viandes et à qui, sous prétexte de suralimentation, on ne laissait plus jamais boire un verre d'eau ou un verre de lait sans y mêler toujours des jaunes d'œufs et de la viande râpée. Elle était littéralement infectée et, sans être guérie bien entendu, elle a immédiatement éprouvé une grande amélioration mentale simplement en suivant un régime sévère.

Parmi les autres intoxications qui semblent jouer un rôle dans l'apparition de cette neurasthénie primitive, il est bien probable qu'il faudra de plus en plus donner une place aux auto-intoxications d'origine génitale. On ne saurait trop insister sur ce point, c'est que dans les trois quarts des cas la maladie que nous décrivons constitue une névrose de la puberté, surtout chez la femme. Les naturalistes ont beaucoup insisté sur les métamorphoses remarquables qui caractérisent l'état d'un grand nombre d'animaux au moment de l'évolution des produits sexuels et qu'on appelle des métabolies. Ils ont montré que ces métabolies étaient constituées principalement par une régression de l'organisme, une destruction de beaucoup d'organes, primitivement élaborés, destruction qui, lorsque la métabolie est complète et heureuse, est suivie d'une régénération d'organes souvent plus parfaits. Cette

1. *Ibid.*, p. 619.

période critique est évidemment en rapport avec un état de malaise, de souffrance de l'organisme. Ce malaise se manifeste par la diminution remarquable de l'émission de l'acide carbonique au début des métabolies, si bien que l'on a pu rattacher ces phénomènes à de véritables asphyxies[1]. Les auteurs qui ont étudié ces métamorphoses n'hésitent pas à attribuer les phénomènes de régression métabolique à une véritable intoxication déterminée par l'évolution et par la maturation trop rapides des éléments sexuels. Il nous semble bien difficile de nier l'existence, dans l'espèce humaine, de faits analogues, surtout chez la femme. M. Marro, dans son étude remarquable sur la puberté, montre « que, pour la femme, la puberté étant venue, dès la première apparition des règles, la quantité de CO^2 exhalée par les voies respiratoires, dans un temps donné, cesse de s'élever, et reste stationnaire, tant que dure la période menstruelle. Bien plus, non seulement dès l'époque pubère, chez la femme, l'acide carbonique éliminé n'augmente plus, mais encore on observe un véritable recul[2] ». Des études faites bien souvent, et que l'un de nous avait répétées il y a quelques années avec M. Ch. Richet, montrent que l'on observe chez tous ces névropathes la même réduction de la respiration et de l'émission de CO^2 et cela quelquefois d'une manière considérable malgré la polypnée apparente. Il semble donc probable que, dans l'espèce humaine comme dans l'espèce animale, quand la maturation des produits sexuels se fait tardivement et trop hâtivement, il y a une auto-intoxication à laquelle l'organisme ne s'habitue que lentement : cette intoxication doit jouer un rôle dans cette diminution d'activité du système nerveux que l'on observe toujours chez ces malades.

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses sur l'origine de l'insuffisance nerveuse, elle se manifeste toujours par des troubles à la fois physiologiques et psychologiques. Les premiers sont constitués par toutes les altérations de la digestion, de la respiration, de la circulation, de la nutrition qui ont été décrits chez les neurasthéniques ; les seconds comprennent les phénomènes de l'aboulie, de l'aprosexie, de l'indifférence, de l'apathie que nous avons souvent étudiés comme des *diminutions de la fonction du réel*. Nous résumons, par ce mot, l'ensemble des fonctions psychologiques qui

1. Cf. Fr. Houssay, *La forme et la vie*, 1900, ch. XII : *Déterminisme des métabolies*, p. 855.

2. Marro, *La puberté chez l'homme et chez la femme*, trad. 1902, p. 42.

jouent le rôle principal dans l'adaptation exacte de l'individu à la réalité donnée et présente : la volonté, l'attention, la croyance à ce qui existe actuellement, les sentiments agréables ou pénibles, bien en rapport avec cette réalité. Les opérations psychologiques sont, en effet, d'autant plus aisées, demandent d'autant moins d'énergie nerveuse qu'elles sont plus éloignées de la réalité présente. On sait, depuis longtemps, que les malades se souviennent mieux des événements anciens que des événements récents, les plus engagés dans la connaissance de la réalité présente ; l'un de nous a montré, chez les psychasthéniques, bien des faits qu'il faut rapprocher de celui-là. Ces malades conservent le pouvoir d'évoquer des souvenirs, de construire des conceptions imaginaires, de raisonner même très correctement ; en un mot, ils ne présentent point de troubles psychologiques dans les fonctions qui s'exercent sur le passé, sur l'imaginaire, sur l'abstrait. Mais, ils se montrent impuissants, dès qu'il s'agit réellement, de faire attention à ce qui existe au moment présent, de percevoir les faits avec le sentiment vif de leur réalité présente. Ils semblent être très émotifs, mais il faut préciser en quoi consiste cette émotivité apparente : ils n'éprouvent que des anxiétés mentales, et des angoisses viscérales vagues, sans adaptation précise, uniquement à propos d'événements anciens ou d'appréhensions confuses et ils se montrent en réalité très froids, très indifférents, quand il s'agit d'éprouver des émotions nettes, des sentiments précis en rapport exact avec la situation où ils se trouvent. C'est là ce que nous avons désigné sous le nom de perte de la fonction du réel, sous le nom de diminution de la tension psychologique. Cette tension présente de véritables oscillations sous bien des influences, tantôt sous l'action de certains phénomènes physiques et de certaines intoxications, tantôt par le mécanisme de phénomènes moraux, dont les plus importants semblent les émotions[1]. Il est évident, qu'au début, cet abaissement de la tension nerveuse et de la tension psychologique n'a rien de caractéristique et qu'il se retrouve à peu près le même au point de départ d'un grand nombre de névroses et même de psychoses ; tout au plus peut-on remarquer que cet affaiblissement mental tend à prendre, soit dans son évolution, soit dans sa localisation, des formes un peu particulières qui vont se préciser dans les

1. Cf. premier volume, p. 515, 523, 529, 535, 540.

diverses maladies[1]. A ce degré, le syndrome est encore indistinct ; ce n'est qu'une forme embryonnaire qui va plus tard se spécialiser en donnant naissance à diverses autres formes plus accentuées. Aussi avons-nous constitué un premier groupe de malades, représentant un premier type, avec ces symptômes confus de neurasthénie physique et mentale.

En second lieu, la maladie se précise et s'oriente vers les états psychasthéniques quand, aux troubles précédents, s'ajoutent des sentiments pathologiques qui ont été désignés, par l'un de nous, sous le nom de *sentiments d'incomplétude*. On verra, dans le chapitre II de la première partie, plusieurs observations intéressantes où les sentiments d'inertie, d'automatisme, de domination, d'inquiétude, de rêve, de honte, de dépersonnalisation tourmentent particulièrement le sujet et donnent, à son affaiblissement neurasthénique, un aspect tout particulier. En effet, beaucoup d'abouliques restent indifférents à leur état et celui-ci est remarqué par leur entourage beaucoup plus que par les malades eux-mêmes ; d'autres, au contraire, sentent d'une manière aiguë, une déchéance mentale, même légère. Il est probable que le développement de leur intelligence, leur éducation antérieure jouent un rôle dans l'évolution de ces sentiments[2]. Certains malades parlent immédiatement, à ce propos, d'humiliation, de flétrissure, et il est évident que leurs idées morales antérieures sur le vice de la paresse, sur la honte de l'inertie contribuent à donner, à de tels sentiments, une forme toute particulière. Tandis que les premiers, les abouliques indifférents à leur état, évolueront probablement vers d'autres névroses, ceux qui, dès le début, présentent des sentiments d'incomplétude sont prédisposés aux obsessions.

Il est très facile de remarquer, en effet, combien ces sentiments pathologiques se rapprochent des obsessions que l'on va rencontrer dans la maladie tout à fait constituée : les sentiments de faiblesse, d'incapacité sont voisins des idées obsédantes de dépréciation et honte de soi-même ; les sentiments du doute ne semblent guère différents de la manie du doute ; les sentiments d'inquiétude semblent se confondre avec bien des phobies, et le

1. *Ibid.*, p. 675, 734.
2. *Ibid.*, p. 551.

besoin de direction, le besoin d'être aimé semblent difficiles à distinguer des obsessions amoureuses. En pratique, cela est très vrai et il est souvent fort difficile de dire si telle malade, que l'on ne connaît pas encore très bien, est simplement tourmentée par des sentiments d'incomplétude en rapport avec un abaissement réel de sa tension psychologique, ou si elle est déjà parvenue à des idées délirantes, à propos de ces mêmes sentiments. Nous admettons fort bien que nous ayons pu nous tromper, à ce propos, dans tel ou tel cas déterminé [1]. Mais il ne nous semble pas qu'il faille aller au delà et considérer nos études sur les sentiments d'incomplétude comme identiques à la description des obsessions proprement dites. Les idées obsédantes sont des phénomènes psychologiques qui ont subi une évolution beaucoup plus avancée; ce sont des idées abstraites et générales dont la portée dépasse de beaucoup ce que le malade éprouve et constate en lui-même. Il y a, à propos de ces idées, des réflexions, des interrogations, des combinaisons imaginaires, tout un travail mental qui n'est aucunement contenu dans les simples sentiments dont nous parlons ici. Sans doute, ce sont des degrés d'un même phénomène, mais des degrés qu'il est très important de distinguer pour établir les groupes cliniques et pour comprendre la genèse des obsessions. Il est d'ailleurs facile de faire cette distinction chez beaucoup de malades et de reconnaître que celui-ci n'a qu'un sentiment vague, non obsédant et, en somme, assez juste des modifications de sa personnalité, tandis que cet autre est tourmenté, à ce propos, par des idées générales de suppression de la personne, d'inversion sexuelle, de mort, de tombeau noir, etc., que celui-là sent qu'il a besoin d'être aimé, d'être dirigé, « qu'il a toute sa vie cherché sans le trouver le véritable ami », tandis que cet autre a une obsession déterminée par rapport à telle ou telle personne dont il réclame l'amour comme le seul soulagement de ses maux et à propos de laquelle il invente toute une construction imaginaire. Ces remarques nous ont conduits à maintenir un second groupe composé des malades qui ajoutent les sentiments d'incomplétude aux troubles précédents. Nous avons rapproché de ce groupe quelques observations de malades épileptiques qui présentent des sentiments analogues, sans prétendre pénétrer ici aucunement dans l'étude de l'épilepsie et sans penser que cette analogie dépasse

1. *Ibid.*, p. 262.

le point de vue purement symptomatique. Cette discussion, que l'un de nous a simplement ébauchée [1], sera peut-être reprise un jour, dans un autre ouvrage.

Un troisième groupe, très important, sera constitué par les *agitations diffuses*, quand elles prennent surtout la forme motrice ou la forme émotionnelle. L'incapacité où est le sujet de parvenir aux phénomènes psychologiques supérieurs, s'accompagne bientôt d'une sorte de dérivation [2] qui dépense, sous forme de phénomènes inférieurs, la force inutilement accumulée. Les premiers et les plus simples, parmi ces phénomènes de dérivation, sont des mouvements excessifs, peu coordonnés et inutiles, que l'on observe dans des crises d'agitation : il est important de connaître ces agitations motrices pour ne pas les confondre avec les attaques fréquentes que l'on rencontre dans d'autres névroses, car elles sont de tout autre nature. Ce sont aussi, et peut-être plus souvent encore, des agitations viscérales et surtout des agitations respiratoires, qui troublent les fonctions organiques et qui jouent le principal rôle dans le phénomène bien connu de l'angoisse. A cause de l'importance pratique de ces agitations motrices et de ces angoisses, nous en rapportons, ici, un grand nombre d'exemples observés dans des circonstances variées. Déjà, dans ce groupe, les malades commencent à se distinguer les uns des autres, suivant que leur agitation est plutôt motrice ou plutôt viscérale et émotionnelle. Dans le fond commun de la psychasthénie primitive, des groupes différents commencent à se dessiner.

4° Cette distinction devient encore plus nette quand les insuffisances psychologiques, primitivement presque générales, commencent à se spécialiser, au moins dans leurs manifestations. Au lieu d'apparaître, à propos d'un acte, d'une attention, d'une émotion présente quelconque, les troubles psychologiques précédents semblent ne survenir qu'à propos de certaines actions déterminées. Cette spécialisation résulte de ce fait fondamental que toutes les actions ne présentent pas une difficulté égale et qu'un cerveau affaibli succombe devant les actions qui sont naturellement ou accidentellement les plus difficiles, tandis qu'il reste suffisant pour

1. *Ibid.*, p. 503.
2. *Ibid.*, p. 554.

les autres[1]. Si l'on peut se permettre une pareille comparaison, il s'agit d'une machine, d'un automobile qui court encore fort bien, quand il est en plaine, mais qui s'arrête, en faisant un grand tapage, dès qu'il se trouve en face d'une petite rampe. Les actions qui donnent lieu à ces difficultés et à ces arrêts sont avant tout les actions sociales, d'où le grand nombre de troubles que l'on rattache vaguement à la timidité, en second lieu, les actions professionnelles, puis toutes les actions que l'on veut accomplir avec attention et avec pleine conscience, etc.[2].

Quand, en raison d'une prédisposition du sujet, la dérivation, qui se produit à propos de ces phénomènes déterminés, prend la forme émotive, nous entrons dans le groupe considérable des *phobies*. Nous présentons, à ce propos, des observations de diverses algies portant sur la poitrine, les seins, l'estomac, l'abdomen, l'anus, la vessie, les organes génitaux, les membres, la tête, le nez, la langue, le larynx, les oreilles, les yeux. Puis, nous analysons rapidement les troubles importants qui constituent les phobies des fonctions, c'est-à-dire les phobies de l'alimentation, de la déglutition, de la défécation, des fonctions génitales, de la marche, etc. Les phobies, déterminées par des dérivations angoissantes à la suite d'insuffisances spécialisées à des actions particulières, donnent naissance à ce que l'on appelle souvent des phobies des objets, parmi lesquelles nous signalons les phobies des instruments professionnels, les phobies du contact, les phobies des chiens enragés, des animaux, etc. Enfin, la difficulté que rencontre l'action dans telle ou telle situation où se trouve placé le malade amène, à sa suite, les phobies des situations, dont les principales sont l'agoraphobie, la claustrophobie, les phobies sociales parmi lesquelles on doit, à notre avis, ranger l'éreutophobie et les dysmorphophobies.

5° Quand, dans les mêmes circonstances, la dérivation est surtout motrice et prend une forme systématisée, nous nous trouvons en présence du groupe des *tiqueurs*. L'agitation motrice prend telle ou telle forme suivant les efforts que le sujet fait, plus ou moins vaguement, pour sortir de son état d'inquiétude ; les mouvements qu'il a faits se répètent, en raison de l'habitude, toutes les fois que se renouvellent les mêmes impressions. Le malade, dans

1. *Ibid.*, p. 569.
2. *Ibid.*, p. 575.

cet état, est plus que jamais un individu sans volonté, incapable de modifier son état mental et d'échapper à la tyrannie des impressions qui ramènent les mêmes idées et les mêmes actes. Nos observations fournissent des exemples assez nombreux de ces agitations motrices, empruntés à des tics de toute espèce : tics de la tête, du cou, des pieds, de la bouche, tics de s'arracher les cheveux, tics de contraction des membres, tics de vomissement, tics respiratoires, crampes des écrivains, fausses coxalgies, spasmes de l'œsophage, etc.

6° Une autre forme assez précise de la maladie se rencontre chez les sujets qui, probablement en raison du caractère et de l'éducation antérieure, ont surtout de la dérivation mentale. Les phénomènes qu'ils présentent méritent aussi le nom d'agitations, quoiqu'il ne s'agisse plus de mouvements extérieurs plus ou moins violents et quoique les sujets puissent rester extérieurement très immobiles, parce que ce sont encore des phénomènes psychologiques exagérés, inutiles et d'ordre inférieur. Les phénomènes de l'esprit sont caractérisés beaucoup plus qu'on ne le croit par leur rapport, leur correspondance avec la réalité extérieure donnée et il ne faut pas, comme il arrive trop souvent, en psychologie, apprécier uniquement un phénomène, en lui-même, d'une manière abstraite. Le plus beau syllogisme, s'il est fait à tort et à travers, sans que la situation réelle et présente le réclame, est une simple agitation de l'esprit.

L'agitation mentale peut, d'abord, être diffuse et consister en rêveries perpétuelles. C'est là, plus qu'on ne le pense, une prédisposition maladive qui n'est pas sans danger et que l'on doit placer au point de départ de beaucoup d'obsessions. C'est pourquoi nous avons résumé ici une observation remarquable de rêverie forcée, de mentisme.

Le plus souvent, l'agitation mentale est systématisée suivant un certain nombre de lois qui dépendent du caractère antérieur et des conditions dans lesquelles se présentent les actions ou les efforts d'attention et de croyance à propos desquels se fait la dérivation mentale [1]. Les innombrables manies de l'oscillation, de l'au-delà, de la réparation, les manies de l'hésitation, de l'interrogation, de la précision, de la vérification, de la répétition, du

1. *Ibid.*, p. 582.

symbole, des précautions, de la recherche, de la perfection, des expiations, des présages, des serments, sont représentées à peu près toutes par quelques exemples.

7° Nous arrivons, avec la deuxième partie de ce livre, aux idées obsédantes proprement dites, qui ne se développent pas nécessairement mais qui se produisent cependant fréquemment à la suite des troubles précédents. Au lieu d'exprimer simplement leurs troubles de l'activité mentale par un sentiment correspondant, les malades se laissent aller, davantage, à méditer sur ce qu'ils ressentent, à l'interpréter ; et, soit par suite de leurs propres réflexions dans les manies mentales, soit à l'occasion d'un événement extérieur qui s'accorde avec leurs préoccupations, ils construisent une idée plus abstraite et plus générale ou relative à quelque fait extérieur, idée qui devient dorénavant l'expression de tout ce qu'ils ressentent[1].

L'obsession est si peu un phénomène surajouté à la maladie et venant en quelque sorte de l'extérieur que tous ses caractères peuvent s'expliquer si on l'envisage comme la conséquence toute naturelle de l'état d'esprit précédent. Sans reprendre complètement une discussion déjà faite[2], nous ne reviendrons que sur quelques détails qui mettent bien ce fait en évidence. On a souvent remarqué que les idées obsédantes, par opposition à d'autres états délirants, ne présentaient jamais une complète absurdité ; elles ne deviennent pathologiques que par leur exagération. Cela pourtant n'est pas absolument vrai, car il est bien difficile de mesurer le degré d'absurdité d'une conception, reconnue comme fausse : c'est là une simple question d'appréciation et de mesure. Quand un obsédé véritable vient nous dire qu'il voit l'âme de son oncle sortir du derrière d'un individu ou qu'il a peur d'avoir voué ses enfants au démon, nous nous demandons si nous ne pouvons pas considérer ces conceptions comme absurdes. Mais il est juste de reconnaître que de tels exemples ne sont pas fréquents et que le malade échappe en partie à l'absurdité en déclarant qu'il ne croit pas lui-même à ces idées et qu'il est furieux de les concevoir. En général, il est juste de dire que les conceptions des obsédés, relatives à des maladies, à des ridicules, à des crimes, ont rapport à des choses qui sont à la rigueur possibles et qui ne sont pas

1. *Ibid.*, p. 585, 589, 592.
2. *Ibid.*, p. 55, 65, 595, 596.

tout à fait absurdes. Cela résulte de plusieurs faits très simples qui caractérisent cette maladie. Les obsessions ont, à notre avis, un point de départ réel dans la diminution de la volonté, de la croyance, de l'émotion : c'est pourquoi comme elles portent toujours sur des idées de maladie, de honte et de crime, elles restent, par quelque côté, raisonnables. Quand une malade nous a décrit tous ses sentiments d'automatisme, en rapport avec des phénomènes d'aboulie que nous avons réellement observés et qu'elle ajoute avoir, malgré elle, l'idée de se jeter par la fenêtre, nous ne voyons pas de contradiction trop grande entre cette idée et son état mental et nous ne la trouvons pas complètement absurde. Le défaut d'absurdité tient encore à ce fait que le trouble mental du psychasthénique est un abaissement général des fonctions psychologiques, sans qu'il y ait beaucoup de ce rétrécissement du champ de la conscience que l'on rencontre chez d'autres malades. C'est pourquoi l'obsédé ne va jamais au terme de ses idées : bien qu'il ait la manie de rechercher toujours l'extrême, il n'ajoute jamais, à une conception, cette affirmation précise, cette exécution réelle, cette hallucination complète qui la mettraient franchement en contradiction avec la réalité et qui constitueraient l'absurdité. Pour être absurde, il faut aller jusqu'au bout d'une idée : les plus grosses sottises, exprimées avec doute, rencontrent toujours auprès de nous l'indulgence ; or le psychasthénique doute toujours. Enfin, nous trouvons, dans son état d'esprit, une troisième raison qui nous explique pourquoi les obsessions sont si rarement tout à fait absurdes : c'est que l'abaissement du niveau mental n'a enlevé que les opérations supérieures de l'esprit, celles qui demandaient une haute tension, l'action réelle ou la croyance, et qu'il laisse subsister intactes, souvent même très développées, les opérations inférieures, de basse tension, comme la mémoire ou le raisonnement. Le psychasthénique est loin d'être un imbécile ou un confus et, tant qu'il s'agit de pures idées exprimées par le langage, il se garde bien des contradictions flagrantes et des absurdités grossières. Il est évident que, si l'on constate une véritable absurdité dans les propos du malade, il est presque toujours prudent de se méfier et de se demander si une autre maladie mentale n'est pas sur le point de se développer.

On remarque encore, à ce propos, que les idées obsédantes sont tout à fait en opposition avec les tendances normales du sujet, l'on ajoute que c'est là ce qui empêche ces idées de se réaliser et ce

qui détermine les plus grands troubles de la conscience. Le fait est en général assez juste, mais nous l'interprétons autrement. Ce n'est pas par hasard que le sujet a des idées en contradiction avec ses tendances naturelles et des idées d'actes, inexécutables pour lui. De telles idées, avec de tels caractères, sont le résultat de son état d'esprit antérieur. Le sujet, incapable d'agir, mécontent de lui-même, conçoit nécessairement des idées de honte, de dépréciation personnelle et de crime. Il a la manie de pousser toutes ses conceptions à l'extrême, précisément parce qu'il n'arrive jamais au terme, dans la réalité, et qu'il souffre de cette incomplétude. La conception extrême de la honte et du crime est nécessairement, pour chaque sujet, la pensée de l'action la plus opposée à ses propres tendances. C'est pourquoi on remarque que les obsessions sont variables suivant les sujets : le crime inventé par l'homme adulte n'est pas le même que celui de la mère de famille qui pense à tuer ses enfants ou de la jeune fille qui pense aux crimes génitaux[1]. Ajoutez que les malades, incapables de rien exécuter, ne cherchent pas à se représenter des choses qu'ils puissent faire réellement : ce n'est pas parce que l'obsession est contraire à leur tendance qu'ils ne l'exécutent pas, c'est parce qu'ils sont incapables de rien exécuter, qu'ils aiment à se représenter ces choses tout à fait exagérées et contraires à toutes leurs tendances.

Ce n'est pas non plus parce que l'obsession est en opposition avec leur caractère qu'ils en sont très tourmentés, c'est au contraire parce qu'ils sont déjà, depuis longtemps, très tourmentés et très inquiets, qu'ils conçoivent cette idée extravagante pour résumer leur trouble. En un mot, il ne faut pas renverser les termes et dire que c'est l'obsession qui explique l'état mental du sujet, tandis que c'est au contraire l'état mental du sujet qui détermine l'obsession.

Les autres phénomènes, qui caractérisent l'état de la conscience du sujet pendant la crise d'obsession et dans l'intervalle des crises, ont été déjà longuement étudiés. On a vu que, malgré la permanence et l'évocation de l'obsession, il y avait simplement tendance à l'action sans exécution complète, tendance à l'hallucination sans hallucination complète, tendance à la croyance, mais toujours avec doute et critique de l'obsession[2]. Cette étude se

1. *Ibid.*, p. 63, 115, 135, 586.
2. *Ibid.*, p. 65, 75, 85, 95.

retrouve aussi à propos des manies mentales qui accompagnent le développement de l'obsession, à propos du sentiment d'incomplétude qui existe, à ce moment, plus fortement que jamais, à propos des diverses recherches sur les troubles de l'intelligence et de la mémoire, sur le sentiment d'incomplétude dans la perception personnelle [1].

Les idées obsédantes, qui présentent tous ces caractères, sont moins nombreuses qu'on ne le suppose au premier abord. Un premier groupe se développe de préférence chez les sujets qui ont eu des phobies et, en particulier, des algies et des phobies des fonctions corporelles : ce sont des idées relatives à la maladie des divers organes du corps et surtout à la mort. Il semble que ces obsessions hypocondriaques se développent particulièrement chez les sujets à réaction émotive sans grand développement intellectuel. Nous avons étudié un grand nombre d'obsessions hypocondriaques, en particulier des obsessions de la mort qui sont très nombreuses et dont nous avons examiné diverses variétés.

8° Le groupe suivant pourrait être constitué par les obsessions de la honte du corps. Il comprend ces individus qui ont des obsessions relatives à la honte de leurs vêtements, qui ont la honte des mouvements de leur corps, la honte de leur visage ou de leur parole, et surtout la honte de leur sexe. Il comprend un certain nombre de malades qui essayent de modifier leur corps soit par des opérations, soit par des refus d'aliments, soit par des régimes insensés : il a donc, en pratique, une grande importance. Ces obsessions se rattachent aux phénomènes d'angoisse comme les précédentes, mais elles dépendent d'une manière plus particulière des angoisses relatives aux situations sociales : elles constituent un terme de l'évolution que l'on observe souvent chez les timides, les agoraphobes et surtout chez les éreutophobes. Il faut ajouter que ce groupe contient beaucoup d'individus qui ont eu, dans leurs antécédents, des ruminations et des manies mentales variées. Enfin, ces obsessions de la honte du corps est un des aboutissants de la maladie des tics, lorsqu'elle continue à évoluer et lorsqu'elle ne se borne pas à la pure agitation motrice.

9° Un groupe, très voisin, sera constitué par les obsessions de la

1. *Ibid.*, p. 281, 355, 356, 305.

honte de soi ; on verra des exemples typiques des obsessions de l'imbécillité, de la méchanceté, de la jalousie, des scrupules de vocation, des obsessions de la folie et des obsessions amoureuses. Il est facile de comprendre comment le sentiment d'incomplétude, le sentiment du besoin de direction, les manies mentales jouent un rôle capital dans l'évolution des individus de ce groupe.

10° Les obsessions du crime viennent ensuite, soit sous forme impulsive avec exécution en général très incomplète, soit sous forme d'interrogations et de remords. On verra, à ce propos, les obsessions du vol, du mensonge, de l'ivresse, des crimes génitaux, du suicide, de l'homicide, etc. C'est une des formes les plus fréquentes de la maladie. Elle se développe tout naturellement à propos des sentiments d'automatisme, des sentiments de domination, des phobies du contact qui sont des phobies d'acte et de bien des manies mentales, surtout des manies de l'extrême.

11° Nous mettons à part un groupe en réalité voisin de tous les précédents, celui qui contient les obsessions du sacrilège avec les pseudo-hallucinations érotico-mystiques et les pactes avec le démon. Des manies mentales, des manies de l'expiation, du serment, du pacte, jointes aux manies de l'extrême déterminent, le plus souvent, chez des individus à éducation religieuse et à imagination vive, cette forme particulière. Elle se rattache encore, dans les cas que nous avons étudiés, à la maladie des obsessions ; mais il est évident que, par son absurdité plus grande, elle est plus dangereuse et qu'elle se rapproche des délires systématisés mystiques, auxquels d'ailleurs elle aboutit quelquefois.

On voit que ces derniers groupes des obsessions de honte, de crime, de sacrilège, pourraient assez justement être désignés sous le nom d'obsessions du *scrupule*. Le nom de *scrupuleux* s'appliquerait encore assez bien à la plupart des individus qui ont des manies mentales, à quelques-uns de ceux qui ont des phobies sociales ou des phobies du contact, ainsi qu'à beaucoup de sentiments d'incomplétude. On peut dire que les trois quarts de nos malades pourraient être désignés justement sous le nom de scrupuleux. C'est pourquoi, comme le mot est connu et fait image, nous l'avons souvent employé pour désigner le groupe tout entier. Mais nous reconnaissons volontiers qu'il y a là une petite inexactitude de langage, car une certaine partie de nos sujets, ceux

qui ont des agitations motrices ou des angoisses, des tics, des algies, des phobies des fonctions et qui aboutissent purement aux obsessions hypocondriaques ne méritent pas justement ce nom. C'est pourquoi, pour la précision du langage scientifique, nous avons souvent remplacé ce terme du langage vulgaire par le mot plus précis de *psychasthéniques*.

En résumé, le groupe tout entier des psychasthéniques nous semble pouvoir être divisé suivant le degré de l'état morbide et suivant la variété de l'évolution. Au point de vue du degré, nous distinguons surtout cinq types de malades : 1° le neurasthénique simple, avec troubles de dépression physique et morale, mais chez qui ces troubles ne déterminent encore aucun sentiment pathologique ; 2° le malade qui souffre de son état de dépression, qui le sent d'une manière aiguë et qui a, à ce propos, des sentiments d'incomplétude très variés, encore assez justes, mais disposés à s'exagérer et à se généraliser ; 3° le malade qui ajoute à ces insuffisances, des agitations diffuses, surtout des agitations émotionnelles et motrices, celui qui a des crises d'agitation ou des angoisses ; 4° celui dont les agitations se systématisent de manière à reproduire toujours la même forme de mouvement, d'angoisse, ou le même travail mental à propos des mêmes événements, c'est-à-dire le malade qui présente des tics, des phobies ou des manies mentales ; 5° celui qui résume tous les troubles précédents par des idées obsédantes de maladie, de honte, de crime, de sacrilège se présentant soit par crises, soit d'une manière plus ou moins continue, ce qui déterminerait encore, bien entendu, des variétés dans la gravité de l'obsession elle-même.

Au point de vue de la forme que prend l'évolution, forme qui dépend beaucoup du caractère et de l'éducation antérieure, nous distinguons surtout trois types suivant que la dérivation se fait principalement d'une manière motrice, émotionnelle ou intellectuelle. Le premier, tant qu'il reste pur, ce qui est rare, serait le moins grave ; il présenterait surtout les agitations motrices et les tics. Le second évoluerait vers les angoisses diffuses, les phobies, principalement sous forme d'algies, de phobies des fonctions, quelquefois de phobies du contact. Il aboutirait aux obsessions de la maladie et de la mort ; c'est en somme l'ancien type hypocondriaque dont il faut bien connaître la place au milieu des autres psychasthéniques, mais qu'il faut aussi savoir en distinguer. Le troisième,

partant aussi de la neurasthénie fondamentale et des sentiments primitifs d'incomplétude, serait surtout un rêveur tourmenté par la rumination mentale, par les manies de l'oscillation, de l'au delà, de la réparation ; il aurait quelques phobies, en particulier les phobies sociales et les phobies des actes, mais le plus souvent avec grande anxiété mentale plutôt qu'avec angoisse viscérale ; il aboutirait aux obsessions de la honte de soi, aux obsessions amoureuses, aux remords de vocation, aux obsessions du crime, aux obsessions du sacrilège : c'est le type de notre scrupuleux. Telles sont les principales variétés cliniques que la complexité de l'étude psychologique précédente dissimulait un peu et que nous sommes heureux de mettre en relief dans ce nouveau travail.

A propos de chaque cas particulier, nous avons insisté sur les diverses méthodes de traitement et sur leurs résultats. Sans doute, il ne faut pas se faire illusion, ni espérer guérir complètement des états pathologiques qui ont si souvent leur raison d'être dans l'hérédité et dans la constitution même de l'individu. Mais il faut essayer, ce qui est presque toujours possible, d'enrayer le développement d'une maladie qui, abandonnée à elle-même, est progressive et conduit trop souvent à des troubles mentaux fort dangereux. En effet, nous avons sans cesse insisté pour montrer que le psychasthénique n'est pas un aliéné proprement dit, qu'il n'a perdu que les opérations supérieures et qu'il garde intacts la mémoire et le jugement ; mais il ne faudrait pas en conclure à une séparation absolue entre les diverses maladies de l'esprit, séparation qui n'existe jamais dans la nature. Pour bien montrer que, à notre avis, la psychasthénie n'était pas séparée de l'aliénation par un fossé infranchissable, nous avons terminé cet ouvrage par un dernier chapitre, malheureusement un peu court, sur divers cas où des obsédés nous ont paru présenter, pendant l'évolution de leur maladie, de véritables délires, en particulier des confusions mentales avec stupeur ou excitation et des délires systématisés. Ces derniers, surtout le délire de persécution, nous semblent plus voisin qu'on ne le croit de la maladie du scrupule et il est probable que d'autres études justifieront ce rapprochement.

Il faut toujours se préoccuper de ces dangers possibles pour lutter contre une prédisposition morale, qui, à ses débuts, est souvent faible et peut être heureusement modifiée. Si les

maladies mentales se forment lentement, au cours de plusieurs générations, par suite de fautes graves contre l'hygiène physique et l'hygiène mentale, elles peuvent également se modifier heureusement par une patiente et courageuse éducation. A la décadence des individus et des familles que l'on observe trop souvent, il ne faut pas manquer d'opposer l'arrêt dans la dégénérescence et même la restauration que l'on observe chez certains individus et dans certaines familles plus souvent qu'on ne le croit généralement.

A tous les soins inspirés par l'hygiène corporelle, à la réglementation de la nourriture, au souci constant de la lutte contre les auto-intoxications, à toutes les médications, quelquefois utiles, il faut toujours joindre un traitement moral qui reste indispensable. Le changement de milieu, la simplification de la vie, la direction de l'esprit, la gymnastique de la volonté, de l'attention, de l'émotion même restent les meilleurs moyens de traitement. On est souvent surpris de voir combien l'esprit de ces malades, en apparence si entêté, est, en réalité, malléable et modifiable par les procédés psychothérapiques. On peut, non pas toujours sans doute, mais dans les cas les plus fréquents, arriver à faire sentir aux malades la vanité de leurs terreurs, les malentendus qui se fondent sur des sentiments pathologiques et l'exagération de ces sentiments eux-mêmes. Bien des troubles physiques de la digestion, de la circulation disparaissent quand la tension nerveuse et psychologique se relève sous l'influence de la confiance, de la volonté, de l'attention, de l'émotion juste et adaptée au présent. Il y a là des faits frappants qui montrent bien l'action de l'esprit sur le corps et l'influence morale qui peut transformer des maladies, en apparence si rebelles aux médications.

Paris, 7 décembre 1902.

PREMIÈRE PARTIE

LES ABAISSEMENTS DU NIVEAU MENTAL



CHAPITRE PREMIER

LES INSUFFISANCES PHYSIO-PSYCHOLOGIQUES

Dans une série de leçons cliniques, nous désirons vous mettre sous les yeux les principales formes de ces maladies nerveuses et mentales, de ces psycho-névroses que l'on a désignées sous tant de noms différents : obsessions, impulsions, tics, angoisses, phobies. névropathies cérébro-cardiaques, etc. Autant que les circonstances le permettront, nous réunirons par groupes les malades du même genre afin de mettre un peu d'ordre dans des symptômes extrêmement nombreux et un peu confus.

A notre avis, les obsessions et les phobies ne sont que le dernier terme d'une évolution pathologique assez longue qui commence par des troubles très légers de l'activité mentale. Ces troubles primordiaux sont pour nous des phénomènes d'engourdissement qui déterminent l'affaiblissement des fonctions cérébrales les plus élevées, c'est-à-dire des fonctions d'adaptation nouvelle à la réalité, de l'activité volontaire et de l'attention. C'est vous dire que nous persévérons dans cette conception aujourd'hui très discutée qui considère les phénomènes de l'aboulie et de l'aprosexie comme le point de départ de ces troubles mentaux. Bien entendu ce mot « engourdissement » n'est qu'une simple expression imagée caractérisant la diminution de l'activité cérébrale que constate la clinique. Il reste, bien entendu à déterminer la ou les circonstances anatomo-physiologiques d'où dérive cet engourdissement. Des moyens d'investigation histologique, plus perfectionnés qu'actuellement, aidés par l'expérimentation, permettront sans doute, un jour, d'arriver à cette détermination. Nous commencerons donc cette étude en considérant d'abord les cas les plus simples dans lesquels ces troubles fondamentaux existent presque seuls à un degré léger sans amener d'obsessions

bien caractérisées, puis nous verrons les phobies, les manies mentales et les obsessions apparaître peu à peu dans des cas plus complexes.

Ces troubles élémentaires qui constituent des insuffisances physio-psychologiques se présentent sous leur forme la plus simple dans une maladie nerveuse que l'on a souvent présentée comme le germe de toutes les maladies mentales et qui en tous les cas est bien le germe des états psychasthéniques que nous étudions maintenant, nous voulons parler de la neurasthénie. Nous aurons à examiner, plus tard si ce mot doit être maintenu, au moins avec sa signification actuelle. Dans tous les cas, il est bon d'en placer rapidement quelques exemples simples devant vous, au début de cette étude.

PREMIÈRE SECTION

LES ÉTATS NEURASTHÉNIQUES

Observation 1. — **Neurasthénie.** — *Troubles circulatoires, troubles digestifs.*

Nous insistons d'abord sur les malades neurasthéniques chez lesquels prédominent les troubles organiques et qui ne présentent qu'à un faible degré les symptômes mentaux.

Voici un jeune homme de 17 ans, Ron..., qui a un aspect un peu particulier : il a le bout du nez très rouge, il a, comme vous le voyez, deux balafres rouges sur la racine du nez et sur les joues, comme s'il avait porté un lorgnon trop serré, ses oreilles aussi sont trop rouges ; les mains au contraire sont bleuâtres, les pieds de même sont froids, ils sont couverts d'une sueur visqueuse et présentent une même couleur bleuâtre. Son état physique paraît assez mauvais, il est amaigri et a la langue très saburrale.

Ce mauvais aspect général dépend surtout du trouble de ses digestions ; voici, en effet, plusieurs années que le fonctionnement de l'estomac et de l'intestin est défectueux. Ce jeune homme a faim, il a même un appétit quelque peu vorace. Souvent son appétit a

des caprices bizarres ; ainsi, pendant des semaines entières, il a un désir immodéré de choses sucrées, puis il ne peut plus les souffrir ; en général, il mange plutôt trop, car il ne se sent jamais assez rassasié. Mais la digestion est très difficile, l'estomac devient ballonné, douloureux ; le malade sent des malaises, des régurgitations acides, et pour couper court à ses souffrances, il n'a rien imaginé de mieux que de chercher à vomir son repas ; il le rend par petites gorgées, et cette malpropre habitude qui lui est devenue nécessaire contribue à son amaigrissement. La digestion intestinale est tout aussi défectueuse ; il est en général extrêmement constipé, ce qui a même amené des hémorroïdes ; de temps en temps surviennent de véritables débâcles, les selles sont alors noirâtres et irritantes pour la marge de l'anus.

Ces troubles de la digestion s'accompagnent de quelques maux de tête, d'une sensation de démangeaison au vertex, de quelques pertes séminales dont le malade exagère l'importance et d'une sensation énorme de fatigue : il est épuisé après le moindre travail. Quoique au dynamomètre il obtienne au début un chiffre assez moyen, 30 à droite et 25 à gauche, il ne peut répéter cet effort ; mis à l'ergographe de Mosso, il prétend ne plus pouvoir continuer après quatre efforts de traction, il y a là un manque d'énergie qui s'ajoute évidemment à la fatigue réelle. Ajoutez les troubles circulatoires que nous avons notés aux extrémités, quelques palpitations du cœur ; la tension sanguine mesurée à la radiale avec le sphigmo-manomètre de Potain nous a semblé moyenne et atteint le chiffre 16.

Vous avez là un ensemble de troubles physiques dont le diagnostic est bien net, et que personne n'hésiterait à qualifier d'état neurasthénique. Nous vous faisons remarquer que les troubles de l'esprit sont ici réduits au minimum ; le malade n'a aucune énergie, mais en somme il continue son petit travail d'employé ; il n'a pas de véritables obsessions, tout au plus faut-il remarquer que ces vomissements sont une sorte de manie, un tic, et qu'il a des préoccupations excessives sur l'état de ses intestins. Il est bon de constater que ces troubles mentaux peuvent être très peu de chose, quoique les troubles gastro-intestinaux soient considérables. On est quelquefois disposé à considérer les troubles mentaux comme conséquence du mauvais fonctionnement de l'estomac ; les fermentations anormales détermineraient des auto-

intoxications qui troubleraient le cerveau. Ici, nous trouvons certainement des digestions ralenties ou même quelquefois supprimées avec fermentation anormale, cela peut avoir une conséquence sur l'état général, mais vous voyez, mais cela influe peu sur l'esprit. Il nous semble plus vraisemblable d'admettre une inertie primitive du système nerveux qui, ici, se manifeste surtout par l'asthénie générale, par les troubles de circulation et par les troubles digestifs et qui, dans d'autres cas, détermine davantage des troubles cérébraux et mentaux.

Le traitement[1] de ce malade a d'abord consisté dans le règlement de son hygiène alimentaire qui était ici fort absurde ; nous l'avons forcé à manger beaucoup moins, à supprimer en grande partie la viande dont il abusait : un régime sévère composé de lait, œufs, farines de toute espèce et surtout farines de céréales, légumes verts, fruits cuits avec réduction considérable de la viande, suppression du vin et de l'alcool, a déjà eu de très bons résultats. Nous avons ajouté à ce traitement deux capsules de thyroïdine d'Yvon, dont nous voulions expérimenter les effets : le résultat est remarquable, les vomissements ont disparu, le malade a bien meilleur aspect et se sent de toutes façons plus fort. Un séjour à la campagne qu'il va faire, et dans lequel il recherchera quelques exercices physiques, achèvera sans doute la guérison d'un état de neurasthénie simple.

Observation 2. — **Neurasthénie.** — *Troubles digestifs, céphalalgie, aboulie.*

Cette femme de 29 ans, Mim..., présente un état presque semblable, un peu plus grave cependant au point de vue cérébral que celui du malade précédant. Vous retrouverez à peu près le même aspect physique : l'amaigrissement, la langue saburrale, l'haleine fétide montrent les troubles de digestion. L'estomac, d'ailleurs, est dilaté et clapotant plus que dans le cas précédent. La faiblesse générale est la même, avec sensation de

1. Une interruption par une ligue de blanc indique comme dans notre précédent travail (*Névroses et idées fixes*, 1898, II, p. 7) que l'étude du même sujet est reprise dans une nouvelle étude clinique faite à une date ultérieure pour indiquer, quand il y a lieu, l'évolutiou de la maladie.

fatigue perpétuelle, mais maintenant la malade se plaint beaucoup plus de son dos qui est douloureux dans la partie inférieure et surtout de sa tête. Elle prétend ressentir des douleurs épouvantables au milieu de la tête et en arrière, depuis le vertex jusqu'à la nuque.

Il en résulte qu'elle a cessé tout travail, elle voudrait même si on lui permettait, rester constamment au lit; elle ne travaille plus, ne s'intéresse plus à rien et ne cède que difficilement quand on la supplie de se lever et de s'occuper un peu. L'inertie est donc beaucoup plus grande, cependant nous ne voyons ni de délire, ni même d'obsession. La malade présente sur ce point un petit détail singulier, elle a peur des obsessions, elle a peur de se mettre quelque chose en tête, elle refuse souvent de faire attention à un objet, de regarder quelque chose, d'écouter un récit, « de peur, dit-elle, de se mettre cela en tête ». Il semble cependant que la malade n'a pas eu à souffrir jusqu'à présent d'obsessions véritables, mais elle sent qu'une idée entrée dans son esprit y reste trop longtemps ; elle devine pour ainsi dire qu'elle est exposée à cet accident qu'elle connaît mal.

Cet état déjà plus grave est en rapport avec des conditions étiologiques qui sont elles-mêmes plus nettes. La mère, qui est morte d'hémorragie cérébrale, était une psychasthénique et a souffert longtemps d'obsessions, c'est d'ailleurs pour cela que la fille les redoute. Notre malade a eu deux enfants, et chaque grossesse a été suivie d'une période d'épuisement assez longue ; depuis, elle est atteinte d'une métrite, et dernièrement elle était venue consulter le chirurgien à ce propos. On lui a conseillé, peut-être avec précipitation, une opération grave, l'idée de cette opération l'a bouleversée. Ajoutez qu'au même moment son mari, depuis longtemps ivrogne, l'a abandonnée. C'est à la suite de cet épuisement physique et de ces émotions qu'elle est tombée dans cet état de neurasthénie gastrique et d'aboulie que vous voyez. Les antécédents rendent déjà le pronostic plus grave.

Observation 3. — **Neurasthénie.** — *Troubles digestifs, œdèmes, fourmillements, troubles mentaux.*

Chez cette dame Bsq..., âgée de 52 ans, nous retrouvons tous ces mêmes symptômes gastro-intestinaux compliqués par des con-

gestions passagères du foie, qui sont probablement en rapport avec les fréquentes auto-intoxications, car la maladie existe depuis l'âge de trente ans. Nous insistons seulement sur quelques symptômes nouveaux que vous n'aviez pas observés chez les neurasthéniques précédents : fréquemment la malade présente des œdèmes des paupières et des lèvres, et elle se plaint surtout de fourmillements qui surviennent à ces endroits sur les paupières, sur la face, puis sur les oreilles, sur le crâne « ce sont des fourmillements, des chatouillements, des picotements avec énorme besoin de gratter, avec l'impression de bestioles qui vous courent sur la peau ». Il n'est pas problable que cette sensation se rattache à des troubles de sensibilité d'origine centrale, elle dépend probablement des poisons qui circulent avec le sang. On observe de ces chatouillements dans les maladies du foie, et nous avons vu qu'il y a ici des congestions répétées de cet organe ; dernièrement nous avons vu ces fourmillements intolérables dans un cas de cancer de l'estomac. Les troubles mentaux sont légers : aboulie, perte de la mémoire des choses récentes en rapport avec le défaut d'attention. La malade fait une remarque que d'autres vont répéter bien souvent et dont nous verrons de plus en plus la singulière importance, c'est que le plus souvent tous les troubles qu'elle prouve ne sont pas simultanés, mais qu'ils alternent : ainsi quand elle souffre beaucoup de l'estomac, elle a la tête plus libre, et celle-ci, au contraire, semble plus malade quand l'estomac fonctionne un peu mieux.

Observation 4. — **Neurasthénie.** — *Douleurs articulaires, fatigues, rhinorrhée, inquiétudes.*

Cette femme de 33 ans, Nomt..., se plaint surtout d'un sentiment de fatigue énorme dans toutes les parties du corps : elle sent des douleurs au genou, au poignet, dans toutes les articulations dès qu'elle fait un mouvement : « Mes doigts, mon dos, mon cou, tout cela me fait mal et tout cela craque dès que je remue comme si on me cassait les os, je ne peux plus bouger du tout. »

Ces douleurs qui accompagnent les mouvements dépendent de causes assez nombreuses ; il y a une part qui tient à l'aboulie de ces malades, car ils ne peuvent se décider à faire le moindre effort

et ils sont heureux d'exagérer les fatigues et les douleurs musculaires qu'ils ressentent afin de se dispenser des actes pénibles. Il faut ainsi tenir compte de leur émotivité, des angoisses qui surviennent si facilement dès qu'ils essayent de faire un effort et qui vont prendre chez d'autres une importance énorme. Déjà celle-ci nous dit qu'elle étouffe si elle veut surmonter cette fatigue et faire un effort. Il y a chez eux une véritable faiblesse musculaire et un épuisement nerveux qui provoque une fatigue perpétuelle. Enfin, il ne faut pas oublier que ces malades sont très souvent des arthritiques, que toutes leurs sécrétions sont modifiées et surtout diminuées. Des altérations dans la sécrétion du liquide synovial et un certain degré d'arthrite sèche vient souvent s'ajouter à tous ces troubles du mouvement.

Notons chez cette malade un symptôme plus rare, un écoulement d'eau assez considérable qui se produit souvent par la narine droite, c'est le phénomène de la rhinorrée qui a donné lieu à beaucoup de discussions des laryngologistes et des auristes [1]. Aujourd'hui on le considère comme un phénomène nerveux analogue à l'œdème qui survient chez ces malades neurasthéniques ou hystériques. Une étude très intéressante sur ce phénomène peu connu, a été publié l'année dernière par M. Nattier, dans le journal *La Parole.*

Cette malade commence aussi à présenter des troubles de l'esprit : elle se tracasse de tout, elle a peur de faire du mal, de faire des bêtises, de devenir folle, de ne pas assez aimer sa fille; elle se sent incapable de faire attention, de fixer quelque chose. « Je ne puis pas lire, dit-elle ; aussitôt que j'essaye de fixer l'attention, il me semble qu'un brouillard passe devant moi et que je ne suis plus de ce monde. »

Ces symptômes sont ici insignifiants : la malade laissée à elle-même n'en parle pas, elle ne les reconnaît que si on l'interroge sur ce sujet. Mais il est intéressant de remarquer que chez une simple neurasthénique les troubles intellectuels existent en germe et qu'ils commencent déjà à prendre la forme qu'ils vont revêtir chez les grands obsédés. Cela est intéressant pour montrer que la neurasthénie est le point de départ des états psychasthéniques où vont se développer les obsessions.

1. Nous retrouverons ce phénomène de la rhinorrhée avec beaucoup plus d'importance dans une observation ultérieure (observ. 26).

Observation 5. — **Neurasthénie.** — *Troubles gastriques, troubles vaso-moteurs, fatigues, insomnie, aboulie, émotivité, indifférence.*

Voici encore chez cette femme de 32 ans, Mm..., un état neurasthénique grave dans lequel les troubles mentaux ne sont pas absents sans doute, mais où ils ne constituent pas un délire : les troubles physiques restent encore prédominants. Cette jeune femme depuis l'âge de 18 ans, c'est-à-dire depuis quatorze ans, souffre sans interruption de tous ses organes qui fonctionnent tous d'une manière insuffisante. Elle souffre surtout de l'estomac dilaté, clapotant et tout à fait atonique : les digestions pénibles, les régurgitations acides, les vomissements même ne se sont jamais arrêtés. Elle présente presque constamment et surtout après les repas les troubles vaso-moteurs du visage et l'aspect de la physionomie que nous avons notée chez notre premier malade; la tension du pouls nous a paru être faible chez elle : plusieurs mesures nous ont donné les chiffres de 11 et de 13.

La fatigue est perpétuelle et considérable, « elle est comme morte tellement elle est anéantie, elle ne peut plus se traîner et c'est déjà un épuisement que de nous parler ». Cette fatigue est influencée par les moindres circonstances : elle augmente pour une émotion, pour le moindre désagrément, elle diminue un peu s'il fait très beau temps et si rien ne vient l'ennuyer même légèrement ; la fatigue est toujours beaucoup plus grande le matin au réveil et pendant toute la matinée, elle diminue au milieu de la journée, surtout vers cinq heures du soir. Ces variations sont parallèles à celles de toutes les activités physiologiques qui ont une oscillation diurne très caractéristique.

La malade ressent des douleurs et des agacements dans tous les membres, ces douleurs continuelles l'énervent et donnent lieu à d'interminables plaintes détaillées dans une lettre qu'elle nous apporte. Cette énumération des plaintes des neurasthéniques est bien connue et leur petit papier est tout à fait classique.

Un trouble dont elle se plaint beaucoup et qui a une grande importance, c'est une insomnie grave qui se prolonge souvent pendant des semaines entières et qui ne cède que bien difficilement à tous les soporifiques qu'elle a essayés.

A tous ces troubles s'ajoute un état mental tout spécial ; l'aboulie est considérable en dehors de toute idée fixe et de toute émotion. La malade remarque fort bien que, même dans le plus grand calme, elle n'a plus le courage de rien faire ; elle ajoute une remarque qui, à notre avis, est importante, c'est que c'est l'effort pour faire quelque chose qui détermine l'énervement et une sorte de trouble émotif. Ce n'est pas un état émotif qui l'empêche de rien faire : si elle se laisse aller à cette paresse, elle n'est pas émotionnée du tout, c'est quand elle veut vaincre la paresse qu'elle éprouve une angoisse. Déjà, d'après ce cas assez simple, nous sommes disposés à dire que l'impuissance de l'action est primitive et en rapport avec l'engourdissement cérébral, l'émotivité ne vient qu'ensuite. Ce défaut d'activité amène un ennui sans borne « qui la tue et qu'elle ne peut pas secouer », elle sent un vide dans sa vie, une insuffisance d'action et de pensée, un défaut de contact entre elle et le monde extérieur qui entrent pour une grande part dans cet ennui.

Notons aussi un besoin singulier de sentiments qui donne au caractère de ces malades un aspect particulier ; « il me semble que j'ai le cœur débordant d'affection, je voudrais tant aimer quelqu'un, il me semble que ce qui me fait souffrir c'est le trop plein du cœur qui déborde, il me semble que je voudrais aimer un enfant, un petit chien et je n'arrive pas à avoir d'amis, je ne réussis à aimer personne ». Ici encore notons qu'il ne s'agit pas d'une obsession, ni d'une manie quelconque ; c'est là une simple disposition du caractère qui se rencontre si fréquemment chez les neurasthéniques qu'elle doit dépendre de quelques lois de leur état psychologique et qui chez des malades plus troublés au point de vue mental va déterminer des obsessions bien curieuses.

Cette jeune femme a été améliorée par le régime, les douches tièdes et l'usage de la thyroïdine que nous avons aussi essayée chez elle. Nous devons avouer qu'elle a été surtout améliorée quand un médicament nouveau est venu lui donner plus d'espoir : elle est loin d'être guérie. Quoiqu'elle ne nous indique aucun antécédent héréditaire bien net, il est probable qu'une neurasthénie aussi ancienne, qui a duré presque sans changement depuis quatorze ans, se rattache à des troubles constitutionnels et guérira bien difficilement.

Observation 6. — **Neurasthénie.** — *Dysesthésie surtout du côté gauche.*

Deux mots seulement sur ce cas de neurasthénie qui se rattache au problème des douleurs d'origine centrale dont nous avons déjà souvent parlé.

Big... est une neurasthénique classique, âgée de 49 ans et malade depuis longtemps, mais ce que nous voulons vous faire remarquer, c'est que ces douleurs qu'éprouvent tous les neurasthéniques, elle les a toujours uniquement du côté gauche : névralgies dans la tête et dans l'œil, fourmillements, sensations d'aiguilles enfoncées dans la peau, sentiment de froid à la cheville et au bras, impression de l'eau qui coule entre la peau et la chair, etc., etc. Toutes ces sensations subjectives sans aucune trace d'anesthésie objective se présentent toujours du côté gauche. On pourrait presque dire qu'il y a un hémisphère cérébral qui est seul atteint et qui seul perçoit les sensations d'une manière anormale.

Un deuxième fait à noter, c'est que ces douleurs à gauche sont toujours provoquées par les mêmes causes, les unes psychiques comme la vue de quelque chose de laid, les autres plus matérielles, comme toutes espèces d'odeurs. Il y a une dysesthésie de l'odorat entraînant tout l'ensemble de ces névralgies bizarres. Enfin encore un détail : les malaises la prennent surtout à la fin de l'hiver et au printemps. Ils disparaissent pendant l'hiver. Ils se lient à des troubles de digestion comme il en existe chez tous ces malades.

Observation 7. — **Neurasthénie.** — *Colite muco-membraneuse, hémorroïdes, hypocondrie, timidité, indécision, aboulie, doute.*

Ce jeune homme de 26 ans, Ab..., présente, surtout au premier abord, un type d'une maladie considérée comme purement viscérale et qui aujourd'hui est fort à la mode. Le trouble le plus considérable autour duquel tout oscille est la constipation : voici plus de dix ans qu'il en souffre constamment.

Les selles, extrêmement difficiles, s'accompagnent tantôt de

mucosités, de glaires filantes, tantôt de sortes de fausses membranes que le malade appelle des peaux. Vous savez que, très souvent, ces fausses membranes peuvent être considérables et simuler soit des fragments de muqueuse, soit des vers intestinaux : en réalité, ce n'est toujours que du mucus plus ou moins durci. De temps en temps, rarement, il présente des débâcles diarrhéiques, des fausses diarrhées au milieu desquelles se trouvent encore des matières fécales durcies, des scybales ovillées qui sont l'indice d'une constipation réelle masquée par une diarrhée apparente. Cet état amène des douleurs, tantôt aiguës, tantôt sourdes, comme une pesanteur dans le bas-ventre. Le malade sent comme des cordes qui se durcissent, quelquefois il y a de véritables crises de douleur empêchant complètement l'alimentation.

Cette maladie, cette constipation chronique qui peut revêtir toutes sortes de formes irrégulières, a été récemment l'objet de beaucoup d'études. Je vous signale un article récent qui les résume bien : « l'entérocolite muco-membraneuse, symptômes, étiologie et traitement, par M. Maurice de Langenhagen. *Semaine médicale* du 5 janvier 1898 ». On retrouverait chez notre malade beaucoup des symptômes qui sont décrits dans cet article et nous observons en même temps, chez lui, un certain nombre de phénomènes mentaux qui ne sont guère signalés dans les études sur cette constipation. Cependant nous ne sommes guère éloignés de croire que les deux groupes de faits : *l'atonie intestinale et les troubles de l'esprit,* ont entre eux des rapports étroits et c'est pourquoi nous insistons sur ce cas, qui semble plutôt appartenir à la clinique générale.

Ce garçon a toujours été un névropathe : dès son enfance il avait à propos de quelques émotions des sortes de crises nerveuses qui allaient presque jusqu'à la perte de conscience. Vers l'âge de treize ans, il a fait, paraît-il, une chute du haut d'un échafaudage. Il croit s'être blessé le ventre et c'est à cette blessure, probablement imaginaire, qu'il attribue la maladie dont il souffre encore à vingt-six ans. Cette recherche, d'un accident lointain, nous montre l'attention extrême qu'il accorde à tous ses phénomènes morbides, à l'inverse de bien des malades qui ne s'en préoccupent pas. Il étudie son ventre et y découvre une foule d'impressions bizarres : « le sentiment d'une brûlure sur le flanc, d'un vent desséchant qui descend sur la cuisse gauche, etc. ». Il sent des travaux bizarres qui se font dans les intestins : il se figure qu'il y

a des nœuds, des cordes. Il examine avec soin ses matières et s'effraye de leur aspect, qui est en effet anormal; il remarque avec terreur qu'il y a quelquefois quelques filets de sang: les hémorroïdes sont fréquentes dans cet état et d'ailleurs les scybales très dures peuvent écorcher la muqueuse. Enfin il invente toutes sortes de traitements, des nourritures extraordinaires, à des heures spéciales : il découvre qu'il va à la selle plus facilement s'il ne mange pas le soir. En un mot, c'est évidemment un hypocondriaque. Ce premier point ne doit pas nous arrêter ; l'état hypocondriaque peut très bien résulter de cette constipation, les douleurs réelles qu'ont ces malades attirent l'attention sur le ventre et l'état mental ne serait qu'une conséquence.

Mais il y a plus à remarquer. Ce garçon se présente avec un aspect bizarre. Il est préoccupé, *démesurément inquiet* et surtout *timide*. Il reconnaît lui-même qu'il a toujours eu un caractère bizarre : il nous décrit son indécision extraordinaire. « Je ne sais jamais ce que je veux ; je ne puis jamais rien faire ; je n'ose rien commencer. Il me faudrait un temps énorme pour prendre la plus petite décision et alors l'occasion est passée. » Dès qu'il a fait une action, il se demande s'il la regrette, si elle est bien faite, il voudrait ou la recommencer ou n'avoir rien fait ; il est de ces gens qui restent indéfiniment devant la boîte aux lettres, désespérés de ne pas rattrapper leur lettre, à la fois désolés d'avoir envoyé leur lettre et incertains s'ils l'ont réellement envoyée. C'est une *faiblesse,* une *instabilité cérébrale* qui le rend extrêmement malheureux.

Une pareille instabilité, qui peut prendre toutes les formes du délire, du doute et du scrupule, se rattache aux insuffisances de la volonté qui sont elles-mêmes sous la dépendance d'un fonctionnement cérébral insuffisant. Nous pouvons mettre en parallèle l'*atonie intestinale* et, si l'on peut ainsi dire, *l'atonie cérébrale* ; la coexistence de ces deux symptômes confirme les remarques de Germain Sée, de Mathieu, de Langenhagen sur l'origine névropathique de l'entérocolite muco-membraneuse. C'est une *insuffisance nerveuse* qui est le fait primitif, bien qu'elle ne se manifeste pas ici par des troubles grossiers de la sensibilité objective. Dans la plupart des cas, les cliniciens se bornent à supposer l'insuffisance nerveuse, la faiblesse cérébrale, en constatant que leurs malades sont des neuro-arthritiques. En remarquant ici la coïncidence de la folie du doute, de l'aboulie avec cette grande

maladie de l'intestin, nous apportons une confirmation à cette théorie de la constipation habituelle.

C'est donc contre l'insuffisance nerveuse qu'il faut, dans ces cas particuliers, diriger le traitement bien plus que contre la constipation elle-même et le malade a fait dernièrement une remarque bien nette. Il a été à la campagne et il s'est mis à labourer, à faire des exercices violents. Il s'est senti à la fois plus énergique moralement et moins constipé. Le travail physique au grand air a eu plus d'effet que toutes les précautions inspirées par l'hypocondrie. Il lui faudrait une vie plus active, un peu plus d'excitation, un développement de sa volonté et il est probable que cette éducation spéciale modifierait indirectement l'atonie des viscères.

DEUXIÈME SECTION

LES ÉTATS ABOULIQUES

Les troubles mentaux qui étaient déjà en germe dans les observations précédentes se développent dans les suivantes et constituent de véritables insuffisances psychologiques.

Observation 8. — **Neurasthénie.** — *Dysesthésies, troubles de la digestion, troubles des sécrétions, aboulie, tics.*

Chez cet homme de 53 ans, Qk..., il nous semble que l'état neurasthénique commence à se compliquer un peu et que des perturbations morales légères s'y ajoutent.

La mère de ce malade a déjà été très nerveuse et a eu des crises de nerfs, probablement de nature hystérique. Une sœur du malade est très nerveuse et semble être tourmentée par des obsessions.

Qk... a toujours été lui-même un névropathe, dès l'âge de dix ans il est arrêté par des douleurs dans les membres et particulièrement dans les pieds qui l'empêchent de marcher pendant des semaines, puis à dix-huit ans quand il cesse de se préoccuper de ses jambes, il souffre des yeux, il ne peut plus lire et tient constamment ses mains devant ses yeux pour ne pas être incommodé par la lumière ; cette photophobie qui ne se rattache à aucune lésion se prolonge jusqu'à l'âge de vingt-deux ans. A ce moment commencent des caprices et des douleurs d'estomac : il éprouve des faims horribles qui le forcent à manger à tout instant.

Cependant la digestion est pénible et s'accompagne de flatuosités, puis voici qu'il ne peut plus avaler d'aliments solides à cause d'un spasme de l'œsophage. Il raconte aussi qu'il a eu des accès de fièvre nerveuse, enfin le pauvre homme n'a jamais eu depuis l'âge de dix ans un moment de tranquillité complète.

Actuellement il n'a plus ses douleurs des membres, il ne ressent qu'une grande fatigue, il ne souffre plus des yeux, il peut avaler sans difficulté. Il continue seulement à se plaindre de son

estomac et de ses digestions très insuffisantes, de sa constipation. Il se plaint aussi que sa peau est constamment sèche, qu'il ne transpire jamais, que sa bouche ainsi que ses narines sont constamment desséchées et qu'il n'éprouve jamais le besoin de se moucher. Ce sont là des troubles des sécrétions assez fréquents chez ces malades dont les fonctions glandulaires sont réduites ainsi que celles de tous les organes. Mais ce qui le tourmente surtout maintenant, c'est une inertie morale qu'il n'a jamais éprouvée à ce point. Il devient incapable de se lever, il ne se décide plus à sortir, ni à faire aucun travail. Ici l'inertie est tout à fait simple, il n'y a pas d'émotivité, pas d'angoisse : ce n'est pas une peur quelconque qui l'empêche d'agir, il est simplement indécis, apathique, incapable de prendre une résolution volontaire. Il nous semble tout naturel de rattacher cette inertie à un défaut de fonctionnement du cerveau, comme on a rattaché ses troubles digestifs à une atonie de l'estomac, sans qu'il soit nécessaire de faire appel à d'autres troubles qui arrêteraient les résolutions volontaires indirectement.

Seulement il est trop évident que l'on ne peut parler d'engourdissement total du cerveau. Cet homme en somme est venu nous voir, il a rédigé le petit papier où il raconte toutes ses misères, il nous parle et même si on le laissait faire, il ne parlerait que trop. Tout cela implique des sensations, des souvenirs, des associations d'idées, en un mot une foule de phénomènes psychologiques : on ne peut pas parler d'un arrêt complet des fonctions du cerveau. Nous sommes donc obligés de faire une distinction entre les fonctions qui sont perdues et celles qui sont conservées. Les fonctions perdues sont ici les fonctions volontaires, la faculté de décider ses actes en rapport avec les circonstances incessamment nouvelles, au milieu desquelles nous sommes plongés. Puisque cette fonction est la première qui s'altère, n'est-il pas naturel de la considérer comme la plus délicate, la plus difficile, celle qui demande un fonctionnement cérébral plus parfait et de dire que la maladie a atteint les fonctions les plus élevées en laissant intactes pour le moment les plus élémentaires.

Un dernier détail cependant : il n'est pas tout à fait juste de dire que les fonctions plus élémentaires sont restées intactes : elles semblent plutôt un peu exagérées. Cet homme parle trop de sa maladie, et il gesticule énormément. Il nous raconte à ce propos un détail singulier, c'est qu'au moment où il veut accomplir

un acte volontaire il est obligé de se livrer à un manège bizarre. Il se contorsionne, prend des attitudes étranges pendant plusieurs minutes. Ainsi avant d'écrire une lettre il faut qu'il se mette à genoux par terre, « cela soulage, dit-il, mon estomac, il faut que je me roule un peu pour prendre du courage. — Et après ces contorsions écrivez-vous bien la lettre ? — Oh non ! presque jamais, car après m'être ainsi roulé par terre je suis fatigué et il faut que je me repose. » Ainsi remarquez-le, non seulement l'action volontaire n'est pas faite mais à la place le malade a fait une série de contorsions bizarres et fatigantes. Nous vous prions de retenir ce petit fait qui, chez ce sujet, paraît peu important mais qui, si nous ne nous trompons, va jouer un grand rôle dans la constitution des tics et des angoisses.

Il est intéressant de vous faire remarquer que ce malade a eu sous notre direction une amélioration considérable. En dehors du régime très sobre et presque végétarien auquel nous tenons beaucoup chez les neurasthéniques et de quelques toniques nous avons surtout travaillé à remonter son moral. Nous lui avons expliqué qu'il se laissait aller à une sorte de dépression de l'activité mentale, qu'il se contentait d'opérations mentales inférieures en bavardant, en se contorsionnant et qu'il pouvait se dresser lui-même à dépenser mieux son activité. Il a bien compris, ou plutôt il a été excité par l'espoir que nous lui donnions et il a pu dominer son inertie. Il est pour le moment beaucoup plus actif et de toutes façons mieux portant. Quoique nous craignions justement les rechutes bien probables, il faut toujours se féliciter de ce répit.

Observation 9. — **Neurasthénie grave.** — *Hérédité, crises antérieures, troubles de l'estomac, fatigue douloureuse, aboulie, amnésie continue, ennui, rumination mentale, guérison par émotion.*

Voici un de ces cas de neurasthénie grave que l'on peut considérer comme intermédiaire entre la neurasthénie proprement dite et les états psychasthéniques avec phobies et obsessions.

La mère de cette pauvre femme a déjà eu une maladie semblable après avoir sevré un enfant ; il paraît qu'elle s'est guérie après quelques mois. Mais la guérison n'a pas dû être bien complète, puisque un an plus tard elle a réussi à se suicider.

Notre malade Crot..., qui est maintenant âgée de 37 ans, a eu des convulsions dans la première enfance; c'est un antécédent que l'on relève souvent dans la psychasthénie comme dans l'épilepsie tandis qu'il est plus rare dans l'hystérie. Elle a toujours eu des dispositions à la tristesse et à l'ennui, mais la première crise sérieuse de dépression mentale ne survint qu'à l'âge de vingt ans à propos de difficultés pour son mariage. « Je ne voulais pas me lever, je pleurais, j'avais du chagrin, je ruminais constamment dans ma tête ce qui m'avait rendu malheureuse. » Cette première crise guérit au bout de cinq à six mois.

Crot... se maria et eut deux enfants sans incidents; ce n'est qu'à l'âge de 32 ans que l'état neurasthénique se reproduisit; un changement de situation, le début d'une petite maison de commerce qu'elle entreprit de diriger avec son mari détermina cette rechute: la guérison survint encore au bout d'un an. Des pertes d'argent, l'ennui de voir son mari sans situation ont tout fait recommencer cette année à l'âge de 37 ans.

Voici les principaux troubles physiques de cette malade : au début elle souffrait beaucoup de son estomac, depuis que les troubles se sont accentués et qu'il y a des phénomènes mentaux, elle ne se plaint plus du tout de l'estomac et elle réclame à manger bien plus qu'elle ne faisait, il y aurait plutôt boulimie. Cette alternance des troubles de l'estomac et des troubles mentaux est fréquente. On peut se demander dans ce cas en particulier si la maladie de l'estomac ne continue pas à évoluer, car l'estomac est clapotant et la malade continue à maigrir malgré son alimentation plutôt excessive : l'engourdissement plus grand l'empêche de se rendre compte de l'état de son estomac.

Elle se plaint surtout de souffrir dans sa tête, dans les yeux, dans le dos, dans toutes les articulations : c'est une sorte de fatigue douloureuse qui la tient dans tous les membres. Sans doute il peut y avoir quelque exagération dans l'expression de cette fatigue chez les malades hypocondriaques, mais il est certain que cette fatigue est en grande partie réelle. Nous avons toujours répété qu'elle était l'expression de l'aboulie, de la diminution énorme de l'activité nerveuse qui se trouve à un degré de tension très inférieur.

Cette femme en effet reste toute la journée à ne rien faire, tout en se lamentant sur tout le travail qu'elle aurait à faire. Elle hésite beaucoup pour entreprendre la moindre occupation, « c'est, dit-

elle, que je me figure que je suis incapable de faire la moindre des choses et cependant quand je suis parvenue à me décider et à commencer un petit travail je le fais aussi bien qu'autrefois ».

Elle hésite également pour se coucher et pour essayer de dormir et elle souffre beaucoup d'une insomnie continuelle.

Son défaut d'attention détermine une amnésie continue des plus typiques, nous l'avons rarement observée à ce degré dans les neurasthénies ; cette femme a de l'amnésie des choses récentes comme un alcoolique, c'est l'amnésie qui s'observe chez les individus qui ont des névrites toxiques et dont l'état mental a été décrit par Korsakof. Ce rapprochement n'a rien d'exagéré, il n'est pas impossible de supposer qu'il y a dans ces états quelque chose qui se rapproche des intoxications.

La malade se plaint aussi de son insensibilité morale, « je ne sais même plus pleurer, répète-t-elle ». Ce défaut des larmes se rattache à la suppression générale des sécrétions qui est frappante; ces malades ont le nez sec, la bouche sèche, la peau sèche et pulvérulente. Mais il y a en outre une véritable insensibilité morale qui n'est pas insignifiante au point de vue de la théorie des accidents mentaux.

Il nous semble que l'on abuse un peu de l'émotivité des neurasthéniques, cette émotivité survient chez quelques-uns comme un accident ; mais elle ne fait pas nécessairement partie des stigmates fondamentaux de la neurasthénie.

Cette malade paraît plutôt disposée à l'agitation mentale; sa tête travaille incessamment, elle cherche les causes de son malheur, elle cherche si elle aurait tort ou raison de se suicider comme sa mère.

C'est dans ce sens des obsessions et surtout de l'obsession du suicide que la maladie pourrait évoluer si le repos, l'hydrothérapie, l'alimentation réglée ne parviennent pas à l'enrayer.

Cette grave neurasthénie a duré en réalité fort longtemps, deux ans et demi. Dans la dernière année il y avait beaucoup d'amélioration, mais la plupart des symptômes persistaient toujours quoique amoindris : la guérison complète a eu lieu d'une manière si bizarre que nous vous prions de noter le fait. La malade se trouvait seule un soir chez une de ses nièces au terme de la grossesse, quand celle-ci commença à ressentir les douleurs de l'enfantement. Crot... fit chercher de l'aide, mais dut rester seule près

de la femme en couches ; comme les choses se précipitèrent, c'est elle qui dut faire l'accouchement avant l'arrivée de la sage-femme. L'effort qu'elle fut forcée de faire sur elle-même, l'émotion et peut-être aussi l'étonnement de mettre au monde un petit garçon très vivant lui causèrent un grand bouleversement, elle sentit que quelque chose s'était changé dans sa tête et immédiatement elle se déclara guérie. Le lendemain elle vint nous raconter son aventure et nous expliquer sa guérison qui d'ailleurs ne s'est pas démentie depuis deux ans. C'est un procédé de traitement que nous ne pouvons pas appliquer à tous les neurasthéniques, mais nous devons retenir cette influence de l'effort violent, de l'émotion pour relever la tension nerveuse.

Observation 10. — **Aboulie.** — *Indécision, conservation de l'intelligence.*

Il est intéressant de rapprocher de cette maladie d'autres cas du même genre ; voici une femme de 51 ans, Bsn..., dont l'état est peut-être un peu aggravé en ce moment par la ménopause, mais qui a toujours eu le même caractère depuis sa jeunesse, « je ne pouvais, nous dit-elle, jamais prendre une décision, je restais des heures dans l'indécision à propos du moindre bibelot. » Elle a toujours vécu de la sorte d'une existence inactive et misérable, maintenant les choses s'aggravent un peu : elle semble avoir une paresse énorme, ne peut plus se tirer du lit et reste toute la journée à ne rien faire. Remarquez toujours que l'intelligence proprement dite est intacte : cette femme n'a jamais été très intelligente, mais elle continue à s'exprimer suffisamment bien, à décrire son état et elle est la première à reconnaître l'absurdité de sa paresse, elle la déplore, elle sait bien que c'est pour elle l'origine d'une foule d'ennuis : « mais cela ne me sert à rien de savoir que je suis bête, de rester couchée et de ne rien faire, j'ai beau me le reprocher, me traiter de misérable, j'arrive seulement à me rendre très malheureuse, à me sentir désespérée et tout à fait perdue ; cela ne me fait pas faire mieux ma besogne. » Remarquez encore qu'au lieu de faire l'action elle a, si elle insiste, des désespoirs, des souffrances, nous croyons que c'est là en germe le phénomène des angoisses.

Le traitement n'est pas facile dans la situation où se trouve la pauvre femme, conseillons-lui de ne pas céder à la boulimie qui la tourmente comme il arrive quelquefois chez ces malades qui se sentent faibles, une alimentation modérée sera mieux digérée ; tâchons de lui procurer quelque repos et quelques encouragements et il est probable que la fin de la ménopause apportera quelque soulagement.

Observation II. — **Aboulie.** — *Incontinence d'urine, bégaiement, abandon de tout travail, doute, crainte des responsabilités, ascétisme.*

Dans ces premières leçons nous cherchons à vous présenter des malades très simples qui soient tout à fait au premier degré de l'affection que nous voulons étudier. Nous voudrions vous montrer des troubles psychasthéniques simples avant qu'ils ne soient compliqués par le mélange des accidents qui les suivent souvent. Or de tels malades sont assez rares à l'hôpital parce qu'ils ne viennent pas se plaindre quand ils sont à ce degré ; aussi nous devons remercier M. Ly... qui a consenti à venir vous raconter sa vie assez singulière, il comprend qu'elle est anormale quoiqu'il n'ait jamais songé à se faire soigner, tellement il souffrait peu de ses anomalies.

Il n'y a pas ou du moins nous ne lui connaissons pas d'antécédents héréditaires bien nets : il est probable que les parents avaient déjà un caractère analogue et que ce caractère s'est exagéré au cours de plusieurs générations au point de constituer une véritable maladie chez le dernier descendant, vous verrez ce fait important d'une manière bien plus nette dans plusieurs autres observations.

Ce malade a eu de l'incontinence d'urine nocturne jusqu'à l'âge de huit ou neuf ans. Puis quand cette incontinence a cessé il s'est mis à bégayer d'une façon très pénible. Ce bégayement a diminué à partir de l'âge de vingt-deux ans, c'est-à-dire au moment où d'autres troubles commençaient à se développer, il n'a complètement disparu qu'à l'âge de trente ans. On dirait que les troubles se remplacent les uns les autres et qu'il y a de véritables équivalences.

A l'âge de vingt ans, ayant fait quelques études de droit et n'étant pas sans capacités, Ly... entra comme clerc dans une étude d'avoué. Il réussissait dans cette position, le travail ne lui déplaisait pas et il lui procurait une aisance agréable. Eh bien voici dix-huit ans que Ly... a quitté cette position qui lui plaisait et qu'il n'en a repris aucune autre. Les quelques ressources qu'il peut avoir sans travailler sont extrêmement misérables et ne lui permettent qu'une vie des plus pénibles, le manque d'occupations et de distractions lui est très cruel et cependant il préfère rester sans rien faire.

Pourquoi a-t-il quitté sa position et pourquoi a-t-il adopté ce genre de vie.

« Le malade : Parce que je trouvais trop grave et trop pénible d'avoir une responsabilité. Il me fallait recopier des actes, en signer d'autres, faire des calculs, il me semblait que j'aurais pu me tromper. Il me fallait prendre des décisions, entreprendre tel travail ou tel autre, je ne pouvais m'y décider. Ce n'est pas précisément le travail qui me déplaît, je souffre de rester sans occupation, c'est de me décider à le faire.

— Mais dites-nous ce qui vous rendait les décisions si pénibles, si difficiles ? Aviez-vous donc des peurs, des angoisses qui vous empêchaient de prendre une résolution ?

Le malade : Non pas précisément parce que je suis parti à temps, je me sentais plutôt fatigué qu'angoissé, je restais indéfiniment devant ma table et mes papiers sans me décider à les écrire ou à les signer et je remettais ma décision au lendemain, tant que mes résolutions étaient différées j'étais assez tranquille. Je sais bien que s'il fallait me forcer à me décider vite, cela déterminait en moi des tourments et des malaises ; mais cela ne m'est pas arrivé souvent, car peu à peu j'ai renoncé à rien faire et j'ai cessé de travailler plutôt que de faire l'effort qui aurait peut-être amené les angoisses dont vous me parlez. Je me suis laissé aller à vivre tout à fait misérablement mais tranquillement. J'ai bien senti quelquefois que ce n'était pas raisonnable, mais je n'ai jamais pensé que ce fût une maladie. »

Remarquez encore le désintéressement, le renoncement de ce pauvre homme qui préfère la misère à l'effort de prendre une petite décision, cette remarque ne sera pas sans importance plus tard quand nous aurons à étudier les rapports de l'ascétisme et des états extatiques avec le délire du scrupule.

Observation 12. — **Aboulie à la suite d'opération chirurgicale.** — *Troubles digestifs, timidité, ennui, crainte des domestiques, isolement.*

Nous vous présentons encore rapidement ce cas d'aboulie simple parce qu'il présente deux petites particularités. Dans les cas précédents le trouble de l'esprit était presque toujours très ancien, il avait débuté dès les premières années de la jeunesse et la maladie constitutionnelle se rattachait à des antécédents héréditaires plus ou moins graves ; il ne semble pas en être ainsi dans le cas de cette dame, Mt..., âgée de 41 ans. Son père se portait très bien, sa mère parut avoir été un peu nerveuse, aucun parent n'a présenté de troubles mentaux, la malade elle-même semble avoir été trés normale jusqu'à ces dernières années, son mari n'a pas observé qu'elle fût particulièrement indécise et sans volonté. Depuis une dizaine d'années, elle était atteinte d'une adénite du cou qui devenait de plus en plus gênante, une glande s'ouvrit et donna naissance à une fistule qui coulait continuellement. Malgré cet accident, la santé générale et la santé morale se maintenaient bonnes ; il y a trois ans, à l'âge de 38 ans, elle céda à la sollicitation de sa famille et se décida à se faire opérer. Déjà avant l'opération, sous l'influence de l'appréhension, son caractère changea ; elle commença à devenir triste et inquiète. L'opération réussit parfaitement et ne laissa qu'une petite cicatrice insignifiante. Cependant depuis ce moment toute son existence semble avoir été changée, la tristesse et l'ennui ont augmenté et la malade est devenue de plus en plus incapable de rien faire. Elle ne veut plus s'occuper ni de son ménage, ni de ses enfants, elle n'est plus capable de surveiller sa propre toilette et se laisse aller à la malpropreté. Cependant comme toujours l'intelligence est intacte, la malade raisonne très bien son cas, sait qu'elle se conduit d'une manière absurde, qu'elle se fait du tort à elle-même mais n'arrive pas à changer.

Vous voyez donc que l'état neurasthénique manifesté ici par les troubles digestifs, la fatigue, les maux de tête, l'insomnie, et le trouble mental de l'aboulie semble s'être développé après une opération chirurgicale. Peut-être pourrait-on se demander si la suppression de cette fistule qui existait depuis dix ans n'a pas joué un certain rôle : on revient un peu aujourd'hui aux idées anciennes

sur les auto-intoxications et les émonctoires. Sans se lancer dans ces hypothèses, il est plus simple de faire jouer un rôle à l'émotion causée par l'opération. Vous avez vu que quelques jours auparavant déjà le caractère se modifiait. L'abaissement de l'esprit, cette suppression des phénomènes supérieurs peut donc être produite simplement par l'émotion, à un âge déjà avancé et ne pas être constitutionnelle comme dans les cas précédents.

Le deuxième détail que nous voulions vous faire remarquer c'est une certaine attitude de la malade, une sorte d'explication délirante qu'elle donne de son aboulie. Quand on lui reproche son inertie dont elle sent elle-même le ridicule, elle cherche à l'expliquer par des prétextes et elle prétend toujours qu'elle est gênée par la présence de telle ou telle personne. Au commencement, elle a soutenu que c'était la présence de sa belle-mère qui l'empêchait d'agir ; or la belle-mère habitait avec elle depuis vingt ans et ne l'avait jamais gênée auparavant. On a essayé de faire partir la belle-mère, la malade n'a agi un peu mieux que pendant quelques jours et elle a prétendu qu'elle était gênée par la présence d'une bonne dans la maison : elle ne pouvait pas agir avec la pensée qu'il y avait quelqu'un dans la maison pour la voir et la surveiller. Dans ces récriminations, il y a évidemment une grande part d'illusion de la malade qui est aboulique en réalité par l'engourdissement de son cerveau et non par la présence de la bonne, mais il y a une petite part de vérité. Cette femme fait encore quelques actes quand elle est absolument seule et dans des conditions favorables, mais elle perd absolument toute puissance d'action quand elle est en présence de quelqu'un. C'est qu'en réalité la présence de témoins rend en général les actions un peu plus complexes et un peu plus difficiles, nous le savons tous par expérience. Il n'est pas difficile de comprendre ce qui se passe : la présence de témoins occupe une partie de notre attention et nous empêche de donner toutes nos forces à l'action entreprise. Il faut ou bien se distraire complètement de la pensée des témoins, ce qui exige un effort, ou bien concevoir dans une même synthèse la pensée de témoins et celle de l'action exécutée, ce qui est évidemment une synthèse plus large et plus difficile.

Notons donc ce fait en passant, c'est qu'une aboulique perd encore plus sa volonté quand il y a des témoins : il nous sera précieux plus tard pour comprendre les phénomènes de la timidité qui ne nous semblent pas toujours interprétés très correctement.

Observation 13. — **Entêtement.** — *Obsessions, agitation, aboulie, démence précoce.*

Nous vous montrons encore une malade qui présente des troubles de la volonté et qui peut terminer d'une manière intéressante cette série de malades abouliques que nous avons étudiés cette année.

Voici un des derniers exploits de cette petite jeune fille de seize ans et demi, Sau... : Il y a quelques jours elle s'est fâchée contre sa mère dans les conditions suivantes. Elle était en train de nettoyer la chambre avec un torchon, sa mère lui a fait observer que pour nettoyer le parquet, elle ferait mieux de prendre un balai. « S'il en est ainsi, a répondu la petite, je ne ferai rien du tout » ; elle a tout jeté et s'est retirée debout dans un coin. Ce n'est, direz-vous, qu'une enfant qui boude. Oui, mais combien de temps a duré cette bouderie ? Au bout de quelques heures, la voyant toujours immobile dans son coin, les parents l'ont appelée, l'ont priée de cesser sa mauvaise humeur. Rien n'y fit, ni les appels, ni l'heure des repas, ni l'heure du coucher ; le jour passa, la nuit, la journée suivante et ce ne fut qu'au bout de 39 heures que cette pauvre fille se décida à quitter son coin en disant tranquillement que c'était fini. C'est là un bel entêtement et il en est ainsi chez elle pour beaucoup d'actions. Quand elle s'est entêtée à ne pas faire une chose, on la tuerait plutôt que de la faire céder. C'est ainsi qu'elle a cessé tout espèce de travail et qu'elle reste des journées entières à rêver.

Si elle ne fait rien de bien, elle sait du moins faire quelques sottises : elle casse les objets qu'on lui donne, elle se masturbe, et surtout elle semble chercher à se faire du mal. Dans des sortes de petites crises d'agitation, elle se frappe violemment la tête et s'arrache des poignées de cheveux.

Si on lui demande la raison de cette conduite bizarre, elle vous raconte avec un petit ton calme qu'elle a des envies de se tuer pour être tranquille, qu'elle est tout le temps tourmentée, qu'elle est mauvaise, qu'elle ment, qu'elle se touche quatorze fois par jour. Elle se vante alors de tous les vices possibles avec une exagération évidente.

Sans doute cette petite malade semble être une aboulique avec

des obsessions criminelles ; vous savez combien l'entêtement se rapproche de l'aboulie. Les sujets faibles de volonté ne savent pas plus arrêter une action qu'en commencer une. Ceux d'entre vous qui sont curieux de psychologie peuvent lire à ce propos une curieuse étude « sur l'entêtement », par M. Dugas dans la Revue philosophique. Nous souhaitons qu'il ne s'agisse que d'aboulie et de scrupule.

La maladie aurait commencé comme il arrive souvent à la suite d'une fièvre typhoïde. Mais l'âge de la malade, son air un peu abruti, ses entêtements de trente-neuf heures, avec immobilité, ses réponses parfois un peu bébêtes, nous inquiètent un peu. Nous voyons trop souvent débuter ainsi par des entêtements inexplicables, la démence précoce des adolescents, l'hébéphrénie. S'il en était ainsi la confusion ne tarderait pas à augmenter et deviendrait définitive. Souhaitons que cette supposition soit exagérée.

Observation 14. — **Aprosexie.** — *État neurasthénique, fatigue, douleurs, aboulie, aprosexie, amnésie continue, besoin de direction.*

Toutes les observations que nous avons faites à propos de la volonté pourraient être répétées à propos de l'attention, tous les malades précédents ont aussi peu d'attention que de volonté. Mais, dans certains cas, le trouble de l'attention devient prédominant et il a alors des conséquences extrêmement importantes pour tout le fonctionnement de l'esprit : à notre avis on ne saurait trop insister sur les troubles de l'aprosexie qui sont pour nous le point de départ du délire du doute et de beaucoup d'obsessions. Aussi ce symptôme est rarement isolé et nous le retrouverons très souvent dans des observations plus complexes. Il nous a semblé que dans ce cas, chez cette femme de 44 ans, Qb..., il se présentait d'une manière assez simple pour que nous puissions réunir la malade avec les autres abouliques simples dans cette leçon sur les troubles psychasthéniques élémentaires.

Rien de bien notable dans les antécédents héréditaires, la malade a eu une enfance et une jeunesse à peu près normale. A 21 ans, la première grossesse est assez mal supportée, Qb... reste épuisée après l'accouchement et commence évidemment des troubles neurasthéniques, elle souffrait beaucoup de fatigue et

d'insomnie. Dès ce moment, la neurasthénie prend chez elle un aspect un peu spécial, elle semble troubler l'attention et la perception plus que les actes, la malade prétend qu'à ce moment elle est restée quelque temps sans bien voir devant elle et sans bien entendre; tout à l'heure nous vous présenterons pour la comparer avec celle-ci une malade qui présente à un haut degré cette surdité prétendue neurasthénique. Quoi qu'il en soit, Qb... se rétablit assez vite six mois après l'accouchement. Jusqu'à trente ans, elle resta bien portante.

A trente ans, elle dut soigner son mari très malade et assister à sa mort : il y eut alors une rechute de l'état neurasthénique, avec de la faiblesse, des tremblements et de nouveau des troubles de la perception : Qb... entendait mal et ne comprenait plus ce qu'on disait. Guérison relative en deux années. A 35 ans survient une attaque grave d'influenza qui est suivie de troubles de l'estomac très durables : la malade recommence à ne plus avoir le courage de marcher, à ne plus pouvoir faire aucune action. Sa tête était douloureuse « comme si elle était pleine d'un tas de petits cailloux qui s'entre-choquaient ». Non seulement Qb... ne pouvait rien comprendre, mais les paroles qu'elle entendait mal lui étaient pénibles, tous les bruits lui paraissaient énormes et incompréhensibles. Sans que la guérison fût bien complète, il y a eu une amélioration vers l'âge de 40 ans. La malade avait repris confiance car elle s'appuyait sur son fils « qui grandissait et qui remplaçait son père ». Quand ce garçon lui parlait elle le comprenait bien et il n'avait qu'à l'encourager un peu pour que son cerveau fonctionnât avec une activité plus grande. La tension nerveuse, si on peut ainsi dire, devenait plus grande et les phénomènes supérieurs de la volonté et de l'attention réapparaissaient.

Or voici qu'un nouveau malheur vient de frapper cette pauvre femme, son fils est parti pour le service militaire et l'a laissée seule. Cela a été l'occasion d'une chute complète plus grave que les précédentes avec fatigues, troubles gastriques, insomnie sur laquelle nous ne revenons pas; nous ne vous faisons remarquer maintenant que les troubles intellectuels qui sont considérables. La malade ne peut plus faire aucune attention et par conséquent ne peut exécuter les opérations mentales qui demandent de l'attention, elle ne peut plus lire et se désole de ne pas comprendre à la lecture les lettres de son fils, elle ne peut plus compter et doit renoncer à faire dans les magasins un petit achat, car elle ne s'entend plus avec les

marchands sur le compte de la monnaie. Bien plus elle ne se reconnaît plus dans les rues et même dans son quartier et elle est obligée de demander son chemin. En réalité l'attention aux choses présentes, la synthèse des sensations nouvelles avec les anciennes images qui constituent la reconnaissance se comporte ici comme la volonté, elle disparaît quand l'esprit s'affaiblit, tandis que d'autres opérations : la mémoire du passé, le langage, le raisonnement persistent sans altération. Cette attention se présente donc suivant notre convention comme un phénomène supérieur plus élevé dans la hiérarchie que le raisonnement abstrait. Sa disparition nous paraît suivre celle de la volonté proprement dite, dès que l'affaiblissement mental est un peu plus grand et que le niveau mental baisse davantage.

Cette aprosexie, quoiqu'elle soit ici aussi simple que possible et non compliquée de délire, amène cependant déjà deux conséquences importantes. La première, que nos études précédentes vous font vite soupçonner, c'est un trouble de la mémoire. La malade n'a pas oublié sa vie passée, qu'elle raconte en grands détails, mais elle oublie les événements nouveaux à mesure qu'ils se produisent ou, plutôt, les percevant très mal, elle n'en fixe pas le souvenir ; elle ne sait jamais le soir ce qui s'est passé le matin et elle ne termine pas les actions parce qu'elle a oublié leur commencement. Elle met à cuire des œufs et les laisse sur le feu toute la journée, le soir elle les retrouve avec étonnement, ne sachant pas pourquoi elle les a mis sur le feu et ne sachant pas si oui ou non elle a déjeuné. La seconde conséquence intéressante c'est que cette aprosexie amène aussi à sa suite un sentiment. Nous vous signalons avec insistance ces sentiments déterminés par le fonctionnement cérébral, nous vous proposons de les appeler des sentiments intellectuels ; vous verrez qu'ils vont prendre une place considérable dans la pathogénie des divers délires. Chez cette malade, ils n'ont pas encore pris une grande importance, elle note seulement qu'elle a souvent un sentiment d'étonnement, de nouveauté. « Dans mon quartier, que j'habite depuis 20 ans, et que je ne reconnais plus, il me semble que je suis dans une ville nouvelle, que je n'ai jamais vue ou que j'ai vue il y a très longtemps. » Vous voyez que c'est le sentiment opposé au sentiment du « déjà vu » qui nous fait reconnaître comme anciens des objets nouveaux. Ici le sentiment de « jamais vu » se développe à l'occasion d'une attention très restreinte et très pénible. Il faut

en effet que la malade fasse quelque attention pour remarquer que la rue lui semble nouvelle, mais cette attention, croyons-nous, est pénible, demande des efforts et par conséquent elle ressemble à la perception d'une rue nouvelle dans une ville inconnue qui, elle aussi, demande un certain travail. Le traitement de cette pauvre femme me semble devoir être assez simple : le retour de son fils dans quelques mois aura plus d'influence que les médicaments.

Observation 15. — **Indifférence morale à la suite d'émotions.** — *Mariage avec un inverti, procès, aboulie, aprosexie, apathie, morale.*

Cette observation très intéressante de Al..., femme de 27 ans, complète les précédentes et montre une troisième forme que peut prendre cette insuffisance psychologique quand elle est grave. Nous voyons ici non seulement la suppression de la volonté, non seulement la suppression de l'attention et des perceptions, mais encore la suppression des sentiments et des émotions qui devraient être excités par la situation présente. Pour le bien comprendre, il faut d'abord connaître la singulière histoire de cette malade.

Les parents ne semblent pas avoir présenté de tares bien nettes ; l'enfant s'est bien développée, quoiqu'elle fût réglée tard, à 18 ans, et jamais bien régulièrement. C'était une jeune fille de peu d'énergie, mangeant peu, assez disposée aux hésitations et aux scrupules, mais sans accident précis.

Elle fit à 21 ans un mariage invraisemblable : elle épousa un individu qui semblait épris d'elle, mais qui dès la nuit de noce refusa de la toucher. Après quinze jours, ce mari bizarre lui déclara qu'il avait horreur des femmes et qu'il ne l'avait épousée que pour se rapprocher de son frère. En effet, ce singulier personnage poursuivait de ses assiduités le frère de sa femme. Ne discutons pas aujourd'hui ces perversions sexuelles que les auteurs allemands rapportent un peu trop à des inversions des instincts : « une âme de femme, disent-ils, dans un corps d'homme ». Elles nous paraissent beaucoup plutôt le résultat de mauvaises habitudes engendrant des idées fixes secondaires chez des individus suggestibles et dégénérés. Peu importe la pathogénie : de semblables mariages sont connus et amènent toutes espèces de troubles.

Le frère de la jeune femme étant parti et refusant de voir son

beau-frère, celui-ci tourna sa colère contre sa femme, il lui fit une existence épouvantable et, après tous les étonnements et les dégoûts du début, elle vécut dans une terreur continuelle : il fallut demander le divorce. Le procès fut des plus pénibles, examens médicaux répétés, certificat de virginité, etc. Elle eut le divorce à son profit, mais après beaucoup d'épreuves durant trois ans.

Depuis ce moment, elle a complètement changé de caractère, elle a perdu toute activité, elle est devenue incapable de faire aucun travail car son esprit ne peut pas s'occuper plus de quelques minutes. Si elle essaye de faire quelque chose, cela lui sort de la tête, elle n'y pense plus quelques minutes après. C'est le trouble de l'aboulie que nous avons vu bien souvent.

Les opérations intellectuelles qui dépendent de l'attention : l'intelligence de la lecture, la mémoire des événements récents ont disparu complètement. Elle oublie tout au fur et à mesure, mais ce qui l'a frappée le plus, c'est une *extraordinaire indifférence.* Elle ne s'émeut plus de rien, comme si rien ne l'intéressait Elle n'a même plus de haine pour son ex-mari. Elle ne souffre pas, mais elle n'est pas heureuse non plus, elle n'a aucun plaisir pour rien. « Autrefois, dit-elle, j'étais trop impressionnable, maintenant rien ne me contrarie, rien ne me fait plaisir, tout m'est indifférent. » Cette indifférence va jusqu'à troubler les sensations ; elle semble sentir correctement, « mais, dit-elle, tout semble changé, c'est comme si ce n'était pas moi qui sentais ».

Cet état d'indifférence se rattache bien à l'aboulie précédente, il en est un résultat. On peut dire que toutes les fonctions cérébrales sont abaissées comme s'il y avait une diminution générale de la tension nerveuse. Ce qui est curieux, c'est que dans un pareil état d'abaissement nerveux l'intelligence semble rester tout à fait intacte. En réalité, les fonctions les plus délicates de l'esprit sont la *volonté*, *l'attention* et le *sentiment présent.* Ce sont ces fonctions qui disparaissent les premières dans les épuisements.

Un cas de ce genre plairait beaucoup aux partisans des théories soutenues en Allemagne par Freud. Il rattache presque toutes ces névroses, et en particulier celles où il y a de l'indifférence, à un trouble des fonctions sexuelles. Il dirait ici que c'est l'excitation de l'instinct sexuel dans le mariage et son défaut de satisfaction qui ont amené le trouble actuel. En attendant une démonstration de cette théorie, nous nous bornons à dire que les émotions

de ce mariage absurde et du procès qui l'ont suivi ont épuisé le cerveau de cette femme et ont déterminé l'abaissement nerveux qui se manifeste actuellement par cet état d'aboulie et d'indifférence.

Observation 16. — **Aboulie par crises intermittentes.** — *Manie de l'ordre.*

Nous vous avons autrefois signalé une forme d'aboulie intéressante qu'il ne faut pas oublier, ce sont les aboulies périodiques qui se rapprochent du délire circulaire sans cependant se confondre avec lui. Cette jeune femme de 32 ans, Cau..., dont le père était très nerveux et la mère au moins bizarre, est une psychasthénique depuis l'âge de 16 ans, mais elle ne l'est pas d'une manière continue. Elle présente des périodes qui durent de deux à huit ou dix mois dans lesquelles elle est très faible, digère très mal et souffre de maux de tête. Pendant ces périodes, elle est extrêmement paresseuse, elle aime à rester les yeux fixes, immobile, sans parler. On obtient avec peine qu'elle se décide au plus petit travail, elle met des heures à s'habiller et si elle commence une action elle s'arrête pour le plus léger prétexte.

Pendant que dure cet état, il y a un début de manie mentale. La malade est tout le temps préoccupée de l'ordre qui doit régner dans ses armoires et dans sa maison, sans cesse elle combine ce qu'elle devrait faire pour les ranger, mais elle se borne à faire le travail en imagination, elle est incapable de rien ranger en réalité. La maladie guérit peu à peu et alors Cau... redevient une femme active, mais sans agitation, sans une gaieté excessive qui fasse penser au délire circulaire. Les causes de rechute ne tardent guère à revenir ; ce sera une grossesse, un changement de domicile, une fatigue ou une émotion. Il est probable qu'il s'agit seulement d'une grande faiblesse exposant aux rechutes pour le plus léger prétexte plutôt que d'une véritable maladie intermittente.

Observation 17. — **Aboulie périodique.** — *Puberté, céphalalgie, indifférence, crises d'aboulie.*

Voici un cas tout à fait remarquable qui se rattache à ces phé-

nomènes d'aboulie périodique que nous vous avons déjà signalés[1].

Le père de Fly..., cette jeune femme de 22 ans, était un alcoolique, elle eut des convulsions dans son enfance, mais parut se porter assez bien jusqu'à l'apparition de la puberté. Quand les règles apparurent à 14 ans et dès leur début elles troublèrent la santé. La jeune fille eut des sortes de petits délires, du moins on appela ainsi le trouble qu'elle présenta, mais la malade prétend que ce qu'elle éprouvait à cette époque fut toujours identiquement pareil à ce qui existe encore aujourd'hui. Or voici ce qui se passe tous les trois mois à peu près : elle se sent très fatiguée, elle éprouve des douleurs dans la tête, surtout au vertex, des douleurs dans les bras et les jambes, comme des meurtrissures, puis des tiraillements à l'estomac avec une sensation de faim continuelle. Peu à peu ces douleurs diminuent ou du moins elle s'en rend moins compte, car elle se sent tout à fait engourdie : « Je n'ai plus de courage pour rien faire et je ne peux plus faire attention, je me rends mal compte de ce que je vois ou de ce que j'entends, il y a comme un voile qui se répand sur toute ma personne, je deviens tout à fait indifférente et, ce qui est drôle, c'est que je n'aime plus ma petite fille tandis qu'à l'ordinaire je m'occupe beaucoup trop d'elle. Tout m'est égal et cependant je m'ennuie, je suis agacée de cet état. » Nous l'avons vue dans ces périodes et nous n'avons constaté qu'une légère et douteuse hypoesthésie. C'est toujours l'attention, la synthèse mentale, l'adaptation au réel qui est diminuée. Cet état vous est maintenant bien connu, mais ce qu'il y a de particulier ici c'est qu'il ne se prolonge que quelques jours : une fois seulement depuis dix ans, il a duré trois mois. Peu à peu le voile se lève et la malade reprend son activité normale, un mois ou deux après la crise recommence.

Nous tenons à vous faire remarquer que cette malade, soumise au traitement bromuré comme une épileptique en y ajoutant, il est vrai, l'hydrothérapie et quelques précautions d'hygiène, a vu ces crises de dépression s'écarter considérablement ; depuis un an elle n'en a eu qu'une seule.

1. *Névroses et idées fixes*, I, p. 354.

CHAPITRE II

LES SENTIMENTS D'INCOMPLÉTUDE

Nous venons de voir un certain nombre de malades qui présentaient les symptômes neurasthéniques les plus simples, des troubles de la digestion, de la fatigue, de l'insomnie, puis nous avons vu survenir les accidents mentaux de l'aboulie, de l'aprosexie, de l'amnésie continue, de l'insensibilité morale. Cependant jusqu'ici les malades n'étaient pas considérés comme délirants, on ne parlait encore que de neurasthénie simple. Il nous semble qu'il suffit cependant de peu de chose pour compliquer à la maladie et pour déterminer le début des troubles proprement intellectuels. Il suffit que l'aboulie et l'aprosexie soient assez fortes pour être senties par le sujet lui-même, et pour déterminer en lui des sentiments particuliers en rapport avec l'abaissement du fonctionnement cérébral. Voici, d'ailleurs, quelques exemples qui vont vous faire comprendre cette complication.

Observation 18. — **Aboulie et sentiment d'inertie.** — *Trois grossesses, engourdissement, aprosexie, sentiment de rêve et sentiment d'étrangeté.*

Cette jeune femme de 24 ans, Dd..., prétend que ses parents étaient tout à fait normaux : cela nous paraît douteux, car elle a deux frères qui ont déjà présenté des troubles de l'esprit, et elle-même est atteinte d'une manière assez grave. Il ne nous suffit pas de remarquer qu'elle est de famille israélite et de vous rappeler la prédisposition évidente de la race israélite aux troubles mentaux ; il est probable que la prédisposition a dû s'accentuer dans cette famille, et qu'il y a des choses plus sérieuses qu'elle ne le dit.

Quoi qu'il en soit, Dd... fut une jeune fille nerveuse disposée, dit-elle, à des demi-évanouissements avec étouffements qui nous font penser à des angoisses. Elle n'eut pas de maladie sérieuse avant son mariage, mais la première grossesse donna lieu à un état délirant qu'elle explique mal, et qui devait être analogue à l'état actuel ; ce trouble guérit assez vite. La deuxième grossesse, il y a un an, se passa bien sans incidents. Mais à la troisième grossesse probablement trop rapprochée de la précédente, le délire recommença. Il n'a pas été arrêté par l'accouchement qui a eu lieu il y a trois mois, et voici l'état dans lequel elle se trouve actuellement. « Il lui semble, dit-elle, qu'elle ne se réveille pas bien, qu'elle reste lourde et engourdie. » Aussi elle prend prétexte de cet engourdissement pour renoncer à toute occupation, elle a renoncé même aux lectures de romans qu'elle faisait autrefois avec plaisir, parce qu'elle ne comprend plus ce qu'elle lit, c'est l'aboulie et l'aprosexie que nous avons déjà vues.

Mais voici où l'état s'aggrave, la malade sent son aboulie d'une manière pénible, elle éprouve un sentiment d'ennui et d'impuissance, il lui semble qu'elle est incapable de tout, elle ne veut pas prendre son enfant dans ses bras, car il lui semble qu'elle le laissera tomber par terre. Les troubles de l'attention et de la perception donnent aussi naissance à des sentiments bizarres : non seulement il lui semble qu'elle n'a plus la force de penser ni de comprendre, mais elle trouve le monde étrange, drôle, « c'est comme si je voyais les choses à travers un voile, dans un rêve, c'est aussi comme si je voyais toutes choses pour la première fois, je reconnais bien les choses, mais elles ont un aspect étonnant comme si je ne les avais pas vues depuis très longtemps. »

Voilà une série de sentiments bizarres que nous voyons pour la première fois, et qui vont singulièrement se développer dans les observations suivantes.

Observation 19. — **Aboulie, sentiments d'automatisme.** — *Prédisposition familiale, trois grossesses, émotions, aboulie, aprosexie, sentiment de tristesse, d'indifférence, sentiment de ne pas vivre, engourdissement cérébral.*

Cette malade, en effet, va nous présenter les mêmes faits considérablement grossis. C'est une femme de 32 ans Pot..., qui

arrive graduellement depuis deux ans à un état psychasthénique grave avec une foule de sentiments pathologiques pour nous très intéressants.

Sa mère avait un caractère inquiet disposé aux obsessions : il est évident que dans certaines familles, l'état psychasthénique se prépare lentement au cours de plusieurs générations. La jeune fille réglée à 13 ans d'une manière normale, était d'un caractère mélancolique, disposée comme sa mère à s'inquiéter de tout très facilement ; elle était anémique, dysménorrhéique, presque toujours constipée ; à 24 ans, elle eut une fièvre typhoïde assez grave que l'on note très fréquemment dans les antécédents des psychasthéniques. Elle resta ensuite six mois très faible et tourmentée par des idées noires, probablement analogues à celles qu'elle exprime aujourd'hui ; cependant elle se maria, et sous l'influence de ce mariage qui fut heureux, elle eut six années de tranquillité relative.

Quelque temps après le troisième accouchement, elle se trouva fatiguée et deux émotions successives assez insignifiantes contribuèrent encore à abaisser le niveau mental et à déterminer les troubles qui se sont installés d'une manière permanente. Elle s'est enfoncé une aiguille dans le pouce et en a cassé la pointe qu'elle n'a pu retirer de la petite blessure. Il a fallu s'adresser à un chirurgien : la minuscule opération lui a semblé formidable et l'a fortement bouleversée. Un mois après, nouvel incident presque semblable : son mari, en ouvrant des huîtres, a cassé dans l'une d'elles la pointe de son couteau. On n'a pu la retrouver et elle s'est figurée l'avoir avalée, ce qui lui a causé une peur affreuse. En somme, nous notons simultanément les causes physiques, un accouchement et la fièvre typhoïde, puis les causes morales, deux émotions de frayeur : nous constatons la réunion des deux influences qui déterminent les abaissements du niveau mental. Aussi la malade présente-t-elle vite l'état mental psychasthénique avec aboulie, aprosexie, apathie complète, ennui de tout et indifférence.

Cet état s'accompagne chez elle de sentiments extrêmement curieux : le premier, c'est le sentiment d'automatisme. « Tout ce que je fais est machinal, cela se fait tout seul, sans moi, je fais tout comme dans un rêve, il me semble que je suis comme paralysée, et que j'agis tout de même, mais d'une autre façon qu'à l'ordinaire ». Puis elle exprime un sentiment de tristesse, de froideur ou de

défaut d'émotion que nous avons déjà remarqué : « Je voudrais pouvoir me désespérer, pouvoir crier de douleur, je sais que je devrais être malheureuse et je n'arrive pas à l'être. Je n'ai pas plus de plaisir que de peine, je sais qu'un repas est bon, mais je l'avale parce qu'il le faut, sans y trouver le plaisir que j'aurais eu autrefois, les joies ont fui et les chagrins aussi... J'ai été à un enterrement et je n'ai même pas su avoir de chagrin. »

Ce qui domine dans son état mental, c'est un sentiment singulier de perte de l'existence, de disparition de la vie, surtout de la vie morale. Voici quelques passages de la lettre qu'elle avait rédigée pour nous expliquer son état : « Je ne comprends plus la vie, ni le monde, ni moi-même, j'ai perdu toute conscience de mon être... Il me semble que je ne vis plus que matériellement, que mon âme est séparée de mon corps. Malgré tous mes efforts pour réagir, mon cerveau ne conçoit plus les choses comme autrefois, si bien que j'en arrive à me demander si j'existe réellement. Quand ces sentiments me prennent, j'éprouve le besoin que les miens me caressent, afin de me persuader que je suis bien encore auprès d'eux. » Il s'ensuit des crises de découragement profond : « Pourquoi est-ce que je ne vis plus la vie de la même manière qu'auparavant,... enfin, c'est un mal indéfinissable sans pour cela souffrir physiquement, car les quelques malaises que j'éprouve ne sont rien à côté de ces tortures morales, et je voudrais pouvoir souffrir. »

C'est sur ce sujet qu'elle revient tout le temps en insistant sur le sentiment de la perte de la vie, de la perte de la personne : « Je me figure ne plus être sur terre ; si je vis, je vis dans un autre monde... c'est la vie que je ne comprends pas, je ne puis pas me mettre dans la tête que moi et les miens nous sommes vivants.... Je suis lasse d'une vie pareille, elle est si longue et je ne la comprends plus. »

Comment devons-nous interpréter de pareilles expressions ? Elles méritent vraiment d'attirer notre attention, car elles sont fréquentes chez nos malades et se rattachent à tout un groupe de symptômes. Nombreux sont les malades qui nous disent avoir perdu leur moi, leur personne, leur vie, et il est bien probable que ce sentiment est au point de départ de bien des délires. Faut-il le considérer chez cette malade comme une obsession ? Pas précisément, car il n'y a pas encore là d'idée nette qui obsède la malade. Elle n'a pas de conception sur la vie et sur la mort ;

elle ne formule aucune explication de son état. Ce n'est pas non plus tout à fait un doute, une rumination mentale, car elle ne s'interroge pas sur ce point, elle ne cherche pas à mieux comprendre la vie. Sans doute, les obsessions et les interrogations pathologiques sont tout près, et nous ne serions pas du tout surpris si, dans quelques semaines cette malade commençait un délire du doute à propos de la réalité de la vie ou de l'existence du monde. Mais, actuellement, elle en est tout à fait au premier degré, et elle se borne à constater les sentiments qu'elle éprouve en elle-même.

Ces sentiments sont-ils des illusions, des résultats de quelque suggestion ? Mais cette femme n'a assisté à aucun événement où soit posé le problème de la vie ; on ne lui a jamais parlé de cela. En outre, elle n'est aucunement hypnotisable ni suggestible : comment aurait-elle pu recevoir une pareille suggestion ? Non, nous sommes disposés à croire que ce sentiment n'est pas secondaire, consécutif à une idée de la malade ou à une suggestion. Nous croyons qu'il est primitif et que d'une manière plus ou moins juste, il traduit à la conscience l'état de l'organisme.

A quoi correspondent de pareils sentiments ? En partie sans doute à l'état de tout l'organisme, aux troubles de toutes les fonctions. Vous savez que pour MM. Lange et James, les émotions ne sont que l'expression psychologique des modifications respiratoires, musculaires et vaso-motrices de tout l'organisme. En est-il ainsi chez cette malade et les sentiments singuliers qu'elle exprime ne sont-ils que la traduction des troubles viscéraux ? Cette affirmation nous semble exagérée et étroite. Sans doute ces troubles organiques existent chez elle, mais à un degré bien léger ; elle a surtout une constipation opiniâtre avec colite muco-membraneuse, elle prétend sentir des palpitations et des arrêts du cœur. En fait le cœur bat à 75 pulsations par minute, le pouls a une tension de 15, la respiration est de 16 par minute, le graphique respiratoire ne présente pas grand'chose d'anormal. Peut-on dire que de la constipation suffit pour donner ce sentiment de l'absence de la vie ? Combien de neurasthéniques ont de bien autres troubles organiques sans arriver à de tels sentiments. On peut dire que nous n'avons pas vu toutes les variations vaso-motrices qui doivent exister en vertu de la théorie, nous répondons que ce n'est plus là de la clinique, et que l'on n'a pas le droit de remplacer les symptômes manquants par des

symptômes imaginaires inventés selon les besoins de la cause. En somme, nous ne trouvons pas de troubles organiques suffisants, pour expliquer à eux seuls de tels sentiments.

Il faut faire une place aux phénomènes cérébraux : Les réactions musculaires respiratoires, vaso-motrices de l'émotion, sont les conséquences des modifications cérébrales, et puisque les modifications cérébrales sont en rapport avec les phénomènes psychiques, pourquoi ces phénomènes psychiques ne seraient-ils pas tout d'abord influencés par les modifications cérébrales avant de ressentir le contre-coup des modifications organiques ?

Un point très important, c'est que ces modifications cérébrales qui déterminent de pareils sentiments, ne semblent pas être du même genre que celles qui déterminent les anesthésies chez les hystériques. L'engourdissement cérébral est très loin de se traduire toujours par l'anesthésie. En effet, ici on n'en trouve pas trace, et c'est même une surprise clinique que de ne pas trouver d'anesthésie dans des cas semblables. Les malades nous répètent qu'ils ne se sentent pas eux-mêmes, qu'ils ne sentent plus le contact des objets, qu'ils voient en travers d'un voile, on est tout surpris de ne trouver cependant chez eux que des diminutions légères souvent insignifiantes des diverses sensibilités, diminutions dues évidemment à leur peu d'attention. Ici, l'æsthésiomètre nous donne 32 au poignet droit, 33 au poignet gauche, 47 à la face externe de la cuisse droite, sur un point de la peau que la malade disait engourdi, au même endroit de la cuisse gauche 43, ce sont des chiffres à peu près normaux. L'acuité visuelle est normale, le champ visuel très large. Si l'audition est diminuée à droite, c'est à la suite d'une ancienne otite, elle est normale à gauche. On ne saurait assez répéter que le trouble mental des psychasthéniques n'est pas le même que celui des hystériques, et qu'il ne se traduit pas par des anesthésies psychiques du même genre.

L'engourdissement du cerveau, qui est ici général, n'amène pas le rétrécissement du champ de la conscience, mais bien une réduction générale dans la perfection des phénomènes psychologiques. Les observations précédentes, ajoutées à celles-ci, nous montrent que ce qui disparaît en premier lieu c'est la volonté, l'attention, les sentiments liés au présent ; nous vous proposons d'appeler ces facultés *les fonctions du réel* ; nous vous proposons aussi d'appeler *tension psychologique* le degré de perfection qu'atteignent les

opérations psychologiques quand elles s'approchent ou s'éloignent de ces fonctions du réel. On peut donc dire que ces états maladifs sont caractérisés par un abaissement de la tension psychologique avec perte des fonctions du réel. C'est cette perte des fonctions du réel qui se traduit ici par un sentiment de perte de la vie, ou du moins de perte de la vie réelle.

Cette malade n'a pas tout à fait justifié nos prévisions, elle n'est pas tombée dans le délire du doute et dans les obsessions comme nous le craignions. En somme, le traitement n'a pas été fort difficile et a amené, en six mois, une guérison complète. Nous vous faisons remarquer l'effet singulier des purgatifs ; après chaque purge Dd... retrouvait momentanément le sentiment de son activité et de sa vie. Cela montre bien l'influence de la constipation, en pareils cas, et de l'auto-intoxication qui en résulte sur ces états analogues par bien des points à la confusion mentale. La reprise de son travail que nous avons exigée, les efforts d'attention que nous dirigions ont peu à peu déterminé une ascension du niveau mental. Comme nous l'avons observé souvent, la guérison n'a pas été progressive ; mais elle s'est faite par des oscillations. Le malade retrouvait par moment le plaisir de la vie, et tremblait que ce plaisir ne lui échappât, puis elle s'engourdissait de nouveau. Elle semble maintenant parvenue à un état stable où elle a oublié ses tourments précédents. Espérons que la prochaine crise déterminée par quelque fatigue ou quelque émotion pourra être longtemps retardée.

Observation 20. — **Sentiment de dépersonnalisation.** — *Hérédité alcoolique, mère obsédée, accouchement, sentiment d'étrangeté, de perte de la personne, de rêve, d'irréel.*

Il y a quelques années déjà nous avons insisté sur un sentiment bizarre qu'ont certains malades d'avoir perdu leur personnalité. Nous vous prions de revoir les deux observations de Bei... et de Ver... dans le second volume des Névroses et idées fixes[1]. A ce moment nous considérions ce symptôme isolément, nous voudrions aujourd'hui, puisque l'occasion se présente de nouveau de

1. *Névroses et idées fixes,* II, p. 61. (Paris, F. Alcan).

l'étudier, le rattacher au groupe des autres phénomènes psychasthéniques.

Ici, chez cette femme Pl..., âgée de 28 ans, nous avons à signaler des antécédents héréditaires bien nets. Le père était un grand alcoolique et la mère déjà une obsédée. Il y a donc une prédisposition héréditaire incontestable. La cause occasionnelle a été l'année dernière à 27 ans, une grossesse et un accouchement. Remarquons en passant combien cette cause se retrouve fréquemment au point de départ de *ces chutes de la tension psychologique.*

Cette femme a un épuisement nerveux qui trouble comme toujours toutes les fonctions, en particulier la digestion et le sommeil. L'énergie mentale a tout à fait disparu et Pl... est tout à fait aboulique et apathique, ce sont-là des faits que vous connaissez bien, il est inutile de revenir sur leur description. N'insistons que sur les sentiments que le sujet éprouve à ce propos.

« Elle trouve de plus en plus que tout dans sa vie est devenu drôle et si elle ne veut plus rien faire c'est que ses actions lui font l'effet d'être drôles, de ne pas venir d'elle. Au début elle ne se sentait pas naturelle, elle se surveillait et faisait des efforts pour se retrouver, elle se regardait dans la glace pour se reconnaître. Malgré ces efforts, elle a senti qu'elle devenait une autre personne, ou mieux, qu'elle perdait sa personne, qu'elle n'était plus rien. Il lui semble que ce n'est pas elle qui voit, que ce n'est pas elle qui entend, que ce n'est pas elle qui mange. Il lui semble que ses bras et ses jambes marchent tout seuls, sans elle, qu'elle se borne à les suivre. Au fond c'est comme si elle était morte, c'est tout au plus si ses jambes vivent encore; mais elle, elle est disparue, en tous les cas elle est absente. C'est très drôle, n'est-ce pas, d'être quelque part et de ne pas y être, de sentir sa souffrance et de ne pas exister. »

Vous reconnaissez tout à fait le langage des deux malades que nous vous avons présenté il y a deux ans. Ces cas sont, en effet, assez fréquents. M. Ball en décrivait autrefois un exemple remarquable[1], et Krishaber avait imaginé pour ces malades une névrose spéciale, la névropathie cérébro-cardiaque[2]. Récemment encore M. Bernard Leroy en présentait un beau cas au dernier

1. Ball. *Revue scientifiques*, 1888, II, p. 43.
2. Krishaber. *De la névropathie cérébro-cardiaque*, 1873.

Congrès de psychologie et admettait la dénomination de Krishaber[1].

Nous ne croyons pas qu'il y ait lieu d'admettre une névrose spéciale pour ce symptôme. D'ordinaire ce n'est là qu'un symptôme et qu'une phase de la maladie, la jeune fille Bei... que nous vous décrivions, il y a trois ans, a versé complètement dans le délire du doute et dans les obsessions de scrupule. Le sentiment de la dépersonnalisation n'est, à notre avis, qu'un symptôme et une phase dans l'état psychasthénique.

Il est évident, comme le disait M. Bernard Leroy, que ce phénomène se rattache à tout un groupe de sentiments, il se rapproche des sentiments d'absence d'existence dont nous venons de voir un exemple, des sentiments d'automatisme, du sentiment d'étrangeté, du sentiment de « jamais vu » que l'on retrouve chez les mêmes malades. Il est clair aussi qu'il s'agit là de sentiments intellectuels qui accompagnent la modification de l'activité cérébrale et qui sont déterminés par elle. Nous continuons à croire, comme nous l'avons dit à propos de Bei... et de Ver..., que le degré de l'activité synthétique de l'esprit joue ici un grand rôle. Mais nous ajoutons maintenant quelques notions sur la hiérarchie des phénomènes psychologiques, et sur le degré considérable de tension psychologique qu'exigent les fonctions du réel. Ces malades ayant une tension psychologique insuffisante n'ont plus le sens de la réalité, ils ont des phénomènes psychologiques moins complexes, moins synthétisés que ceux qui nous mettent en rapport avec le réel. Ils ont donc un sentiment fondamental de rêve, d'irréel. C'est là ce qu'ils traduisent suivant leurs préférences en un sentiment de ne pas vivre ou en un sentiment d'avoir perdu leur personnalité.

Observation 21. — **Sentiment d'automatisme.** — *Aboulie, sentiment d'inspiration étrangère.*

Notre diagnostic n'est pas encore très ferme à propos de ce pauvre garçon, Je..., âgé de 29 ans, ou plutôt sa maladie mentale n'est pas encore bien caractérisée. Restera-t-il simplement

1. Bernard-Leroy. *Dépersonnalisation*, comptes rendus du Congrès de Psychologie de 1900, p. 482. Cf. le premier volume de cet ouvrage, p. 305. (Paris, F. Alcan).

un psychasthénique avec obsessions scrupuleuses ou deviendra-t-il un délirant systématique, un persécuté ? Pour le moment, il est impossible de le dire avec netteté, car il présente simplement des sentiments d'automatisme qui existent au début de l'une et de l'autre maladie.

Le père s'est suicidé, la mère semble être à peu près normale. L'enfant fut toujours violent et peu maître de lui. Il y a six mois, à la suite d'une crise, il fut arrêté et condamné à deux mois de prison pour coups et blessures. Il fit ses deux mois de prison, puis se trouva sans ressources, il alla chercher du travail en Angleterre et eut plusieurs mésaventures qui contribuèrent à abaisser encore son niveau mental.

Actuellement, il se sent malade et voici de quoi il se plaint. Il sent qu'il est incapable de travailler et cependant il voudrait le faire pour soutenir sa mère et ses sœurs. Il sent qu'il n'est le maître ni de ses actions, ni même de ses pensées. « Par moments, dit-il, il me semble que ce n'est plus moi qui agis. Mes jambes et mes bras marchent tout seuls..., je sens fort bien la différence, il y a des pensées qui sont à moi et d'autres qui ne sont pas à moi. La pensée me vient, je ne sais pas d'où, sans que ce soit moi qui pense ; elle m'est comme inspirée. »

On constate des paroles de ce genre chez des hystériques qui ont des actions vraiment automatiques et subconscientes, mais il n'y a ici aucun symptôme d'hystérie, ni aucun fait de véritable subconscience. Il se rapproche plutôt des malades dont parlait M. Séglas qui ont de la parole intérieure par automatisme des images kinesthésiques du langage. Mais il faut remarquer que chez lui le sentiment d'automatisme, le sentiment d'inspiration étrangère n'existe pas seulement dans le langage et les idées, qu'il se retrouve dans tous les mouvements et dans toutes les actions. Il nous semble plus naturel de le rattacher aux faits précédents de dépersonnalisation et d'en faire un sentiment qui accompagne l'insuffisance de l'action et l'aboulie.

Observation 22. — **Sentiment d'inquiétude.** — *Père suicidé, accouchement, aboulie, découragement, sentiment d'avoir oublié quelque chose.*

De pareils sentiments présentent beaucoup de variétés, nous

les verrons devenir très remarquables chez les grands malades parvenus aux phobies et aux obsessions. Nous ne considérons maintenant que les cas où ils restent encore isolés.

Voici une femme de 35 ans, Lobd..., qui est curieuse par la façon dont elle sent son aboulie. Son père était alcoolique et s'est suicidé. La malade, mariée très jeune, eut un enfant à 18 ans; les couches furent très mauvaises et jamais elle ne s'en remit complètement. Depuis ce moment elle est neurasthénique avec des périodes de rémission et d'autres d'aggravation. Ce qui domine dans son état c'est le mal de tête continuel, au vertex et au-dessus des yeux, et un état d'aboulie considérable. Elle insiste sur des sentiments qui l'envahissent sans qu'elle puisse s'en débarrasser quoiqu'elle les trouve absurdes: un ennui mortel que rien ne peut distraire, un sentiment de découragement, comme si elle n'avait plus jamais rien à espérer, une sorte d'agitation inquiète qui la tourmente continuellement. « C'est comme si je n'avais pas terminé une besogne, comme si j'avais oublié de faire quelque chose, comme si j'avais un devoir pressant à remplir. » Nous vous prions de prêter quelque attention à de tels sentiments, ils sont des plus fréquents chez les scrupuleux et sont le point de départ d'une foule d'obsessions. Ce sont des sentiments d'inachèvement, d'imperfection et si vous nous permettez ce barbarisme qui rend bien notre pensée *des sentiments d'incomplétude.*

Cette dame ne dépasse guère ce stade des sentiments d'incomplétude, elle commence un peu les peurs et les idées obsédantes. Ainsi elle a une gêne à la base du nez et s'en préoccupe toujours. Elle prétend qu'une grand'mère aurait été guérie d'un état mélancolique par un fort saignement de nez et elle rêve d'avoir une hémorragie nasale semblable. L'idée est peu tenace, nous en sommes encore aux sentiments qui accompagnent l'aboulie.

Observation 23. — **Aboulie, inquiétude.**

L'inquiétude, le mécontentement, le défaut du sentiment de satisfaction qui accompagne l'accomplissement complet d'une action est un sentiment tout à fait banal chez les abouliques; il suffit d'en choisir quelques exemples. Voici une jeune fille de 20 ans, Bai..., toujours paresseuse, incapable de travailler comme elle le voudrait, qui se rend malheureuse par ses inquiétudes perpé-

tuelles; elle a le dégoût de tout et ne peut s'intéresser à rien d'une manière complète; il lui semble toujours que son action ou son plaisir ont été insuffisants, incomplets.

Ce sentiment est-il une illusion ? La question deviendra quelquefois difficile à résoudre quand nous le verrons chez les grands obsédés qui au sentiment vrai ajoutent beaucoup d'exagération maladive. Ici, le sentiment est malheureusement très juste, il est vrai que cette pauvre fille ne fait rien de bien, que si on ne la secouait pas, elle resterait toujours dans son lit ; il est bien vrai qu'elle ne sait même pas s'amuser. Le sentiment n'est ici que la traduction de l'état d'aboulie.

Observation 24. — **Neurasthénie constitutionnelle.** — *Antécédents héréditaires, crises de fatigue, épuisement, douleurs de tête, sentiments de dépersonnalisation, de domination, d'inquiétude, de craintes.*

Ce cas est déjà plus complexe et se rapproche des troubles émotionnels diffus que nous étudierons dans une prochaine leçon. Cependant comme ces troubles sont faibles et que ce qui domine c'est encore l'aboulie et les sentiments d'incomplétude qu'elle entraîne, nous le rapprochons aujourd'hui des cas précédents.

Cette pauvre femme, âgée de 38 ans, Brk..., qui en réalité souffre d'une manière ou de l'autre depuis sa jeunesse, a hérité sa maladie de ses parents du côté maternel. Le père était assez raisonnable et ne buvait pas; la mère était une nerveuse, inquiète; une tante maternelle a eu un délire mélancolique chronique et est morte dans un asile; le grand-père maternel obsédé hypocondriaque croyait toujours qu'il mourait : la prédisposition héréditaire est ici bien nette.

Cette femme a toujours été maladive : anémique dans sa jeunesse, elle a eu à la suite d'un choc une ostéite tuberculeuse de l'os iliaque gauche qui a déjà été opérée plusieurs fois et qui laisse une fistule bien difficile à fermer.

Sous ces influences, elle a toujours été une faible, une épuisée et a presque constamment présenté à un très haut degré les symptômes de la neurasthénie : estomac excessivement susceptible qui souffre pour le plus léger changement de régime, alternatives

de constipation et de diarrhée, faiblesses énormes et surtout fatigues curieuses.

Nous voudrions insister sur des crises de fatigue qu'elle présente et qui sont remarquables. Ces crises sont annoncées plusieurs jours d'avance par des douleurs sourdes dans le ventre, l'estomac et les jambes ; la digestion gastrique et intestinale se trouble complétement. On serait porté à dire, comme plusieurs auteurs l'ont écrit à propos de l'épilepsie, que ce sont ces troubles gastriques et intestinaux qui déterminent une intoxication cérébrale et qui amènent à leur suite les accidents suivants. Il est fort vraisemblable que l'auto-intoxication consécutive à ces troubles gastriques joue un rôle considérable. Mais en voyant la périodicité de ces phénomènes d'insuffisance digestive, nous sommes disposés à considérer ces insuffisances gastriques et intestinales comme le premier symptôme de la crise d'insuffisance nerveuse, comme une sorte d'aura. Quoi qu'il en soit, la malade cesse peu à peu de pouvoir faire aucun mouvement : elle est épuisée, incapable de remuer de son lit, elle reste couchée immobile dans l'obscurité et pour rien au monde ne consentirait à se déranger. Elle ne veut agir, ni pour boire, ni pour manger, il lui faut l'inertie complète. Cette inertie est en désaccord avec le caractère ordinaire de la malade qui est une inquiète et une agitée ; nous ne la croyons pas en rapport avec une idée comme cela peut arriver chez d'autres malades, mais nous la considérons comme une exagération de l'épuisement nerveux habituel. D'ailleurs, dans ces périodes de fatigue accablante, l'état mental change entièrement. La malade se sent remarquablement calme, elle n'a plus aucune de ses agitations, de ses inquiétudes ordinaires, elle ne pense à rien et ne se préoccupe de rien. « C'est un bien-être qui me prend, il me semble que par extraordinaire, je suis entièrement heureuse. »

Remarquez en passant ce singulier sentiment de béatitude dans une période d'épuisement nerveux ; le fait est loin d'être inconnu. On le retrouve dans des catalepsies hystériques, dans les extases, dans certains évanouissements; on le signale même dans certaines agonies à l'approche de la mort. Ce fait que nous ne pouvons discuter entièrement ne nous suggère-t-il pas quelques doutes sur les théories de l'émotion qui rattachent la joie à un sentiment de l'exaltation de toutes les fonctions organiques, musculaires, respiratoires, cardiaques ?

Chez cette malade, la crise de fatigue énorme dure deux ou trois jours, puis Brk... se relève, reprend quelque activité, mais aussi elle retrouve son énervement et son inquiétude. « Je n'ai plus le même sentiment de bonheur, l'inquiétude revient. »

Ce qui détermine cette inquiétude, c'est un ensemble de sentiments relatifs à son activité qu'elle apprécie d'une manière singulière. D'abord elle se sent bizarre, drôle, il lui semble qu'elle n'est pas « elle-même d'une façon naturelle ». Ce sentiment n'est pas complet, il n'est que passager, mais il détermine souvent une gêne considérable. C'est le début du sentiment de dépersonnalisation. Elle trouve aussi que « le monde est drôlement fait..., qu'il est singulier, qu'il est dégoûtant... », c'est le même sentiment encore faible appliqué à la perception extérieure. Ce qui la frappe surtout c'est un sentiment d'automatisme : elle ne sent pas qu'elle fasse ses mouvements et ses actes elle-même : « J'ai perdu la liberté, je ne fais pas ce que je veux, mes mains agissent toutes seules... puisqu'elles agissent sans moi, songez donc à ce qui pourrait arriver si le Diable les faisait agir à ma place, il me ferait faire des crimes horribles contre les petits enfants. » Elle nous dit cela en riant comme une supposition bizarre, mais, si vous songez à d'autres malades qui sont venus nous le dire sérieusement, vous comprenez comment des délires vont prendre leur origine dans ces sentiments d'automatisme si importants et si peu étudiés.

Elle se plaint aussi qu'elle a cessé d'être affectueuse, qu'elle était capable d'aimer autrefois et que maintenant elle n'aime plus personne. C'est un sentiment d'insuffisance, d'incomplétude comme nous disions. Il lui semble qu'elle n'agit pas bien, ne fait rien jusqu'au bout, ne termine aucune action ; cela la mécontente, la tourmente et contribue encore à former cet état d'inquiétude générale qui n'est qu'une somme de sentiments d'incomplétude. Il en résulte que, malgré elle, l'inquiétude lui inspire des peurs pour l'avenir ; elle vit dans une « attente perpétuelle, comme s'il allait toujours lui arriver quelque chose de remarquable... » Cette inquiétude la pousse aussi à examiner sa conduite pour chercher ce qui la justifie. « Je n'ai pourtant rien à me reprocher, je sais trop bien que je ne pourrais pas supporter le moindre remords et je me surveille assez pour ne pas en faire naître et il me semble toujours que je dois faire quelque chose. » Vous voyez que cette maladie est tout près de se compliquer. Il faudrait

maintenant peu de chose pour faire naître les interrogations et les obsessions scrupuleuses.

Il faut ajouter tout un groupe de sentiments qui ne sont qu'esquissés chez cette malade. Bien qu'elle prétende n'aimer personne, elle ne peut souffrir d'être isolée, elle souhaite constamment qu'on l'aime, qu'on la soigne, qu'on la cajole. « Elle aurait besoin de quelqu'un qui s'occupe d'elle constamment, ce serait si bon de se laisser conduire. » Ce sentiment est à notre avis extrêmement fréquent chez les psychasthéniques. Nous avons rarement l'occasion de vous le montrer parce qu'on est peu disposé à le considérer comme une maladie. Mais nous devons vous le signaler puisqu'il va devenir la source des obsessions amoureuses dont vous verrez plus tard la grande importance.

Nous allons tâcher d'arrêter cette pauvre femme sur cette pente glissante ; un traitement reconstituant, un peu de repos nous semblent nécessaires. Il y a ici une indication dont il faut tenir compte ; nous n'aimons pas cette fistule qu'elle a à la hanche et qui suppure continuellement, c'est une cause évidente d'affaiblissement. Nous demanderons au chirurgien s'il ne serait pas possible, par une opération simple, d'améliorer cette tuberculose locale qui en somme ne semble pas bien dangereuse, puisque depuis quinze ans elle n'a pas évolué davantage.

Observation 25. — **Sentiment de rêve.** — *Accouchement et émotions, aboulie, sentiment d'imperfection, doutes.*

Vous retrouvez chez cette jeune femme, Xya..., âgée de 35 ans, des phénomènes déjà connus qu'il suffit de rappeler. Parmi les antécédents héréditaires nous comptons simplement quelques personnes nerveuses. L'enfant était douce, timide, sans volonté, elle eut à plusieurs reprises des crises de scrupule à propos des confessions. Mariée à 24 ans, elle eut de tristes débuts dans son ménage et perdit successivement ses deux premiers enfants. Le troisième vient de naître, il y a dix mois, dans de bonnes conditions ; il paraît robuste et nous pouvons espérer qu'il sera facile à élever.

Mais la pauvre femme déjà fatiguée par l'accouchement a été terrorisée par la pensée des soins qu'il fallait donner à cet enfant pour qu'il ne mourût pas comme les autres ; elle s'est épuisée

à des soins aussi minutieux que ridicules et elle est tombée peu à peu dans un état de dépression mentale.

Elle n'est plus capable de se décider pour rien ; l'indécision était surtout grave au début pour tout ce qui concernait l'enfant, puis elle s'est étendue à toutes les choses du ménage. Fait-elle quelque chose, l'action lui semble incomplète, imparfaite, pas finie. Les biberons n'étaient jamais assez propres et maintenant le lit n'est jamais assez bien fait ni son jupon assez bien attaché.

Elle n'en est pas encore à ce degré de la maladie où nous verrons les actes se répéter indéfiniment : la malade constate simplement ce sentiment de mécontentement et, pour ne pas l'éprouver, elle préfère ne jamais agir. Ce sentiment s'étend également aux perceptions, il lui semble qu'elle perçoit d'une manière incomplète et qu'elle est constamment dans un état de rêve. Quand elle est dans cet état de rêve, elle digère très mal et a des renvois acides. Au contraire, quand elle est distraite, amusée, c'est-à-dire quand sa tension nerveuse est un peu relevée, elle digère sans s'en apercevoir.

Cet état de dépression et de rêve a diminué depuis qu'elle a quitté son pays où l'enfant est resté pour venir nous consulter à Paris. C'est l'effet habituel du changement, mais nous croyons cependant qu'il y a là une indication. C'est l'éducation de l'enfant qui épuise cette pauvre femme ; la pensée de la mort des deux autres lui cause une appréhension continuelle et lui fait exagérer des soins déjà pénibles : puisqu'il a été possible de la séparer quelques jours de l'enfant ne pourrait-on pas, comme on l'a fait déjà, confier cet enfant à la grand'mère pendant un temps plus long et laisser la malade se reposer. On éviterait peut-être ainsi que cette dépression nerveuse et ces sentiments d'incomplétude n'amènent des manies mentales et des obsessions qui nous paraissent être bien proches.

Observation 26. — **Rhinorrhée.** — *État psychasthénique, obsession de honte.*

Voici une jeune fille de 23 ans, Gay..., qui entre autres troubles présente depuis l'âge de 17 ans, un symptôme singulier. Depuis quelque temps déjà nous cherchions l'occasion d'attirer votre attention sur ce point, car il y a là le point de départ d'études curieuses.

Ce symptôme c'est tout simplement une sorte de rhume de cerveau. De temps en temps, tous les quinze jours ou toutes les trois semaines en ce moment, autrefois beaucoup plus souvent, cette jeune fille est prise le matin en se réveillant d'un grand rhume de cerveau, mais ce rhume a des caractères bizarres. Dès le début, il y a un fort mal de tête surtout dans la tempe gauche, une gêne avec chatouillement, dans la narine gauche, dans l'oreille et dans la gorge, quelques picotements aux yeux, la malade éprouve le besoin d'éternuer, elle se mouche pour faire cesser la gêne. Au début les sécrétions sont peu abondantes et un peu épaisses, mais en quelques heures elles augmentent et l'eau se met à couler du nez, véritablement comme d'une fontaine. On peut recueillir le liquide, non plus dans des mouchoirs, mais dans des verres. Elle a bien voulu en recueillir pour nous une certaine quantité ; la quantité recueillie dans une heure a été de 30 centimètres cubes ce qui donnerait 600 centimètres cubes en 24 heures, plus d'un demi-litre. On comprend, comme le disent les malades, qu'ils mouillent des mouchoirs comme si on les trempait dans une fontaine. Chez celle-ci l'écoulement ne dure guère plus d'une journée, le sommeil vient difficilement la nuit suivante et arrête l'écoulement qui, au moins actuellement, n'existe plus le lendemain.

Nous avions raison de vous dire que c'était un singulier rhume de cerveau. La rapidité de l'évolution, l'abondance invraisemblable de la sécrétion, la limpidité de ce liquide qui est comme de l'eau pure, l'absence de mucosités purulentes, la guérison sans passer par les modifications de la sécrétion, par l'épaississement graduel, le dessèchement du mucus, tout cela distingue cette affection du coryza vulgaire. Ajoutez aussi que ces crises reviennent régulièrement sans causes provocatrices suffisantes depuis plus de six ans et vous comprendrez qu'il s'agit là d'un trouble tout spécial.

L'attention des spécialistes des voies nasales est attirée sur ce phénomène depuis quelque temps. L'un des premiers travaux qui l'ait signalé est celui de Bosworth, dans son Traité des affections du nez, publié à New-York en 1889 : il l'appelle *hydrorrhea nasalis*. D'autres travaux décrivent des phénomènes analogues sous le nom de *rhume des foins*, de *coryza vaso-moteur*, de *rhinorrhée*. Nous citerons le travail de Beard, en 1876, puis plus récemment celui de Glascow, celui de Garel, « Le rhume des foins, 1899 », ceux de Lermoyez, 1899, de Saint-Clair-Thomson,

Londres, 1899, « écoulement du liquide cérébro-spinal par le nez » et surtout le travail à notre avis remarquable de M. le Dr Nattier en collaboration avec M. l'abbé Rousselot, travail du laboratoire de laryngologie du Collège de France, qui a pour titre : « la rhinorrhée exclusivement symptomatique de neurasthénie », publié dans le journal *La Parole*, en plusieurs articles en 1900. C'est d'après ce travail très complet que nous discuterons quelques points de cette affection singulière.

1° De quel liquide s'agit-il ? qu'est-ce qui s'écoule ainsi par le nez ? Nous avons prié M. Lacroix, interne en pharmacie du service, de faire l'analyse de la petite quantité qui a été apportée. Voici les principaux résultats de cette analyse. La densité est de 1,007. La densité observée par les auteurs a varié de 1,003 à 1,015. C'est donc un liquide très peu dense en général. La réaction était neutre, on y trouvait des traces de phosphates alcalins, une proportion assez nette de chlorure, $9^{gr},3$ par litre, des traces assez nettes d'albumine : la réaction de la mucine.

D'où peut provenir un liquide semblable? Nous nous trouvons en présence d'une hypothèse indiquée vaguement depuis longtemps et surtout développée dans le travail de Saint-Clair-Thomson. Il s'agirait de liquide cérébro-spinal capable de franchir les parois du crâne au niveau de l'os ethmoïde et de s'écouler par le nez. L'auteur anglais cherche à expliquer ce passage par diverses hypothèses : il admet en définitive un méningocèle congénital situé au niveau de la lame criblée de l'ethmoïde et se rompant dans le nez sous un excès de pression. Cette hypothèse expliquerait selon lui le début par le mal de tête et son soulagement après l'écoulement. Cette théorie n'a rien d'absolument invraisemblable ; plusieurs auteurs comme Schwalbe, Key, Retzius, ont montré qu'il pouvait y avoir des voies de communication entre l'espace sous-dure-mérien et les fosses nasales par les gaines nerveuses et le réseau lymphatique. Récemment M. Sicard publiait à ce propos quelques expériences démonstratives dans la *Presse Médicale* du 7 février 1900. Après avoir pratiqué sur le chien une injection sous-arachnoïdienne, d'encre de chine, il a pu constater que la lame criblée de l'ethmoïde était traversée et que l'on retrouvait les particules noirâtres au-dessous de la muqueuse des cornets supérieurs.

Cependant si cette théorie est possible, elle est loin d'être démontrée; la composition chimique n'est pas démonstrative, la

présence de la mucine qui est constante dans toutes les observations se rattache bien plutôt aux sécrétions glandulaires nasales. Il n'y a pas de traumatisme, de pression encéphalique capable d'expliquer une transsudation aussi considérable. Enfin l'examen des fosses nasales montre que le liquide sourd au niveau de l'ostium frontale qui fait communiquer les fosses nasales avec le sinus frontal.

C'est à ce niveau et à ce niveau seulement que l'on trouve des altérations de la pituitaire qui paraît enflammée, enfin les douleurs accusées par les malades au niveau de l'angle interne de l'œil, toutes ces remarques conduisent à penser que le liquide provient tout particulièrement des sinus frontaux. La seconde hypothèse est donc qu'il ne s'agit pas de liquide céphalo-rachidien, mais d'un liquide sécrété par les glandes nombreuses qui tapissent les sinus frontaux plus développés chez quelques malades. Il y aurait là un trouble bizarre de la sécrétion de ces glandes analogue à ce que nous avons observé dans la photophobie où il y a larmoiement, œdème, écoulement d'eau par le nez.

Sous quelle influence se fait maintenant cette sécrétion anormale? On a beaucoup parlé naturellement de petites lésions des fosses nasales, des polypes, etc. M. Nattier, dans une douzaine d'observations, montre que ces causes sont ou imaginaires ou insignifiantes. Il est plus probable qu'il s'agit d'un trouble nerveux en rapport avec une excitabilité particulière des filets du nerf maxillaire (Lermoyez). Mais ce trouble nerveux lui-même d'où provient-il? C'est maintenant qu'il nous faut revenir à l'examen de ces malades. Vous trouvez chez eux toutes sortes d'autres troubles nerveux : la céphalée, la toux, la sthénose nasale, le stridulisme, l'asthme, l'anosmie, les troubles oculaires et auditifs, la dyspepsie, la constipation, les fatigues, les insomnies, etc.

Notre malade présente un grand nombre de ces signes. Mais elle présente au plus haut point quelque chose d'également intéressant ; ce sont les troubles mentaux. C'est une aboulique, une timide, une inquiète. Elle a au plus haut degré la honte d'elle-même, et se croit toute autre que les autres. Elle a des troubles de perception et se plaint du voile qui la sépare des choses. En un mot nous retrouvons chez ces malades les symptômes neurasthéniques, comme dit M. Nattier, ou plutôt, comme cela est visible dans ce cas, les symptômes psychasthéniques.

Les troubles sécrétoires et vaso-moteurs par excès ou par dé-

faut sont extrêmement fréquents dans l'épuisement nerveux. Il suffit de citer les sueurs ou la sécheresse de la peau, la sialorrhée, la gastrorrhée ou l'atonie gastrique, la diarrhée ou la constipation. A côté de cette rhinorrhée nous avons pu placer déjà devant certaines photophobies avec larmoiement, certains cas de sialorrhée chez des névropathes qui présentent une sécrétion invraisemblable de la salive. Nous avons connu de véritables métrorrhées où les femmes perdaient par le vagin des quantités de liquide énorme « comme dans l'accouchement ». Certaines diarrhées séreuses, ce que Lasègue appelait poétiquement « la pluie intestinale », sont du même genre. Le mécanisme intime de ces phénomènes se rattache aux troubles vaso-moteurs sans qu'il soit explicable dans tous ses détails. Il semble probable que l'excitation de la région ou que l'attention portée sur la région y joue un rôle. Le rhume des foins a peut-être une explication de ce genre, mais il est certain que ces troubles se rattachent à des maladies générales du système nerveux plutôt qu'à des maladies locales et que le traitement doit être dirigé dans ce sens. Nous tenions à ce propos à vous faire remarquer chez cette malade la coïncidence frappante entre les phénomènes de rhinorrhée et le développement des sentiments d'incomplétude liés à l'aboulie.

CHAPITRE III

PSYCHASTHÉNIE ET ÉPILEPSIE

Observation 27. — **Sentiment de cécité dans un état crépusculaire d'origine épileptique.** — *Sentiment d'étrangeté, aboulie, accès épileptique.*

Nous attirons votre attention sur ce cas qui est vraiment très curieux et qui probablement peut servir à éclaircir le problème des obsessions. Voici une petite fillette de 15 ans, Hot..., que sa mère conduit par la main, que l'on amène à une chaise et qui s'asseoit avec un petit air très sage. La figure a l'air calme, un peu trop calme peut-être ; les yeux, sans être tout à fait fixes, restent immobiles, sans regarder les objets, sans curiosité. Depuis quarante-huit heures, elle a cessé ses occupations et ses jeux : elle reste immobile sur sa chaise et semble ne faire attention à rien. Quand on lui adresse la parole, elle paraît comprendre fort bien, fait à peu près ce qu'on lui demande et revient à son calme. Quand on lui demande l'explication de son attitude, voici ce qu'elle répond : « Je voudrais bien travailler, mais je ne vois pas clair. Si je voyais clair je ferais tout comme autrefois, j'ai bien peur de rester tout le temps sans voir clair. »

D'ailleurs dès que nous l'interrogeons elle se hâte de nous demander : « Monsieur, est-ce que je guérirai. Je ne resterai pas toujours aveugle, n'est-ce pas ? Est-ce que je recommencerai à voir clair ? » A l'entendre, à voir ses yeux un peu vagues on se demande vraiment s'il s'agit d'une cécité et le premier mouvement est immédiatement de regarder ses yeux.

Les yeux semblent parfaitement normaux : ils se remuent dans toutes les directions sans aucun trouble, le réflexe pupillaire est absolument régulier et on éprouve la plus grande surprise quand on cherche à mesurer la vision. Nous plaçons la malade à cinq

mètres du tableau, nous la prions de lire les lettres, elle obéit très tranquillement et elle lit jusqu'au bas du tableau aussi bien avec l'œil gauche qu'avec l'œil droit. L'acuité visuelle est donc de l'unité pour chaque œil; ce qui n'empêche pas cette fillette, en revenant à sa chaise, de répéter avec un petit ton dolent: « Est-ce que je pourrai encore voir clair? Est-ce que je ne resterai pas aveugle? » Nous comprenons que le médecin de la campagne qui nous l'a envoyée se déclare embarrassé.

Nous croyons que la difficulté vient ici, comme cela arrive perpétuellement dans les névroses, du langage des malades. N'oublions pas qu'il s'agit d'une enfant qui ne sait pas établir des nuances psychologiques. Qu'est-ce qu'elle appelle ne pas voir clair? En réalité elle voit très bien. Quand on essaye de le lui montrer, quand on insiste pour lui faire comprendre qu'une aveugle ne lirait pas le tableau comme elle vient de le faire, elle arrive à employer les expressions habituelles des autres malades: « Je dis que je ne vois pas clair, parce que ce n'est pas comme autrefois, que ce n'est plus la même chose, que tout est changé, que tout est devenu drôle. Je vois drôlement, pas comme autrefois, je sais bien que moi aussi je suis drôle, pas comme avant. » Maintenant nous nous y reconnaissons mieux, c'est le trouble de la perception que nous avons déjà vu bien des fois, qui fait paraître les objets nouveaux, étranges, qui fait croire que la personnalité est disparue. Il nous a semblé consister non dans la suppression des sensations, mais dans une diminution de la synthèse mentale, dans la suppression du sentiment du réel, du sentiment de la croyance, qui accompagne la diminution de l'activité volontaire. En effet, cette enfant en même temps qu'elle a le sentiment de l'étrange, est en plein état d'aboulie. Sa façon de se dire aveugle n'est qu'une expression particulière de ce trouble.

Nous avons vu, il y a quelque temps, une dame qui se disait sourde et qui a fait le désespoir de tous les auristes parce qu'ils ne pouvaient constater aucun trouble de l'audition. Elle avait le même sentiment d'étrangeté, d'obscurité à propos des sons. En un mot, nous sommes en présence de notre grand symptôme psychasthénique fondamental, la perte du réel, l'abaissement du niveau mental.

Mais dans quelles conditions cette crise bizarre survient-elle chez cette enfant? « Cela lui prend ainsi, nous dit la mère, de temps

en temps, tous les deux ou trois mois. Cela dure deux ou trois jours, quelquefois plus et pendant qu'elle est ainsi à ne plus voir clair et à ne plus bouger, elle n'a plus du tout de crise. » Cette enfant a donc des crises? Comment se présentent-elles? Depuis l'âge de huit ou neuf ans, elle faisait de temps en temps une petite grimace. Elle se frottait l'estomac avec les deux poings comme si elle souffrait; elle faisait brusquement deux ou trois fois le mouvement de déglutition, elle roulait un peu ses yeux et puis c'était fini et elle retournait à ses jeux. Depuis, ces petites crises ont augmenté; elle pâlit et perd conscience; quand elle revient à elle, elle ne sait pas ce qui s'est passé. Il y a des moments, surtout depuis l'apparition de la puberté, où ces petites crises sont incessantes, et se répètent toute la journée, toutes les trois ou cinq minutes. Enfin à deux reprises seulement elle est tombée pendant ces petits vertiges, elle a un peu tremblé et elle a mouillé ses jupons. Il n'y a pas à hésiter c'est une petite épileptique.

Ce qui nous intéresse, c'est le remplacement des crises et des vertiges épileptiques par cet état singulier qui dure deux ou trois jours. Nous tenions à vous faire constater ce singulier trouble de la perception qui n'est ici qu'un équivalent des accès épileptiques et qui demande le même traitement.

Observation 28. — **Sentiment de doute et de rêve dans un état crépusculaire d'origine épileptique.** — *Accès épileptiques, état dit second, doute et dépersonnalisation.*

Il faut tout de suite rapprocher cette nouvelle malade de la précédente. C'est une jeune fille de 25 ans Is..., qui, depuis l'âge de dix ans a des accès épileptiques aussi nets que possible. Il y a le cri initial, les secousses, l'émission d'urine, les morsures de la langue, etc. Ces accès ont été tantôt fréquents, tantôt rares; ils ont quelquefois été remplacés par des migraines intolérables (c'est une remarque que Trousseau avait déjà faite autrefois), mais voici que cette année elle a eu à deux reprises un accident tout à fait différent. Elle le qualifie elle-même d'état second parce qu'elle entrait graduellement dans un état bizarre et des plus désagréables différent de l'état normal. « Il me semblait, dit-elle, que je n'existais plus du tout, que je voyais, mais que ce n'était pas moi qui voyais, que j'entendais, mais que ce n'était

pas moi qui entendais; je n'étais plus sûre de rien, il me semblait que tous les objets et moi-même nous n'étions plus qu'un rêve. Cet état m'agaçait énormément, je ne sais ce qu'il m'aurait fait faire, s'il avait duré. » La première fois, l'état anormal s'est terminé au bout de trois jours par un accès épileptique. Quelque temps après il a recommencé : cette fois, après s'être prolongé cinq jours, il a disparu incomplètement à la suite d'une émotion. On avait secoué la malade, on l'avait fait rire et elle s'était sentie mieux, mais pas tout à fait bien pendant une journée, puis l'état second avait repris avec le même sentiment de dépersonnalisation, d'étrangeté et de doute. Il avait encore duré cinq jours, et s'est terminé comme le premier par un accès épileptique.

Dernièrement, cette singulière crise d'état second vient de recommencer. La malade a d'ordinaire ses accès épileptiques dans les journées qui précèdent ou qui suivent ses règles : le mois précédent, elle avait eu cinq accès à cette époque. Deux jours avant le moment des règles, elle ressentit encore cette fois les malaises qui lui annoncent l'arrivée imminente des accès, aggravation des maux de tête, troubles de l'estomac, langue très saburrale, sentiment de courbature. M. J. Voisin, dans ses belles leçons sur l'épilepsie a justement insisté sur ces prodromes de l'accès. Mais ici les accès ne sont pas venus, il n'y a eu que quelques vertiges ou quelques accès avortés. Is... est entrée graduellement dans cet état qui lui fait horreur et qu'elle redoute plus que les accès eux-mêmes. Elle se sent comme dans un rêve perpétuel, elle doute de tout, elle se demande si sa mère est bien sa mère : « Je voudrais bien que cette dame soit ma mère, mais je ne puis pas arriver à le croire. » Elle s'interroge sur la réalité des objets et sur sa propre existence. C'est tout à fait une période psychasthénique qui remplace les accès épileptiques. Des pratiques hypnotiques sur lesquelles nous ne pouvons insister ont réussi cette fois à la faire sortir de cet état second sans accès comitiaux.

De tels états sont peu connus dans l'épilepsie ; un exemple d'un cas semblable a été présenté par M. Haskovec, de Prague au congrès de médecine de 1900. Il remarquait avec justesse que cet état ressemble tout à fait à celui qui est chronique chez les obsédés. Non seulement nous partageons cette opinion, mais nous avons essayé de ramener tous les innombrables phénomènes des obsédés à cet état fondamental. Sans vouloir exagérer le rappro-

chement, ces quelques faits ne permettent-ils pas de dire que l'état psychasthénique se rapproche beaucoup de l'épilepsie, s'il n'en est pas simplement une forme très atténuée et très spéciale au point de vue clinique. Il sera intéressant de suivre, dans ce cas, les effets du traitement bromuré, car si le bromure supprime les accès que nous venons de décrire, il sera loin de montrer que la maladie fondamentale est l'épilepsie, et que dans certaines conditions données, cette névrose peut simuler ou préparer l'état psychasthénique.

Observation 29. — **Sentiment de dépersonnalisation comme aura de l'accès épileptique.** — *Antécédents héréditaires, épilepsie, dédoublement de la personnalité.*

Voici une malade que vous connaissez, Pax... ; nous l'avons déjà étudiée à propos des troubles psychiques dans l'épilepsie ; mais il n'est pas inutile de vous la présenter de nouveau car le trouble qu'elle présente est assez net et démonstratif. Il vous prouve une fois de plus comment les épileptiques proprement dits peuvent présenter des modifications psychologiques identiques à celles des obsédés psychasthéniques et ce fait ne nous paraît pas sans importance pour comprendre le mécanisme des obsessions.

Le père et la mère sont tous deux des nerveux : nous remarquons que la mère présente de véritables crises d'angoisse. La malade, Pax..., âgée maintenant de 27 ans, fut nerveuse dès son enfance; elle avait des terreurs nocturnes et fut sujette à des attaques de faux croup. A l'âge de huit ans elle éprouva une grande terreur : comme punition absurde, elle avait été enfermée dans un cachot où se trouvaient des rats. A la suite de cette sotte punition, elle devint très peureuse et eut fréquemment des sortes de crises de peur avec suffocations et pleurs. Ces crises, qui d'ailleurs nous sont très mal décrites, ne nous semblent pas avoir été dès cette époque des accès épileptiques ; nous en ferions plutôt de simples crises d'angoisse analogues à celles que la mère continue encore à présenter aujourd'hui. Mais vers l'âge de treize ans, ces crises devinrent plus graves : la malade perdit conscience, elle eut des convulsions dans lesquelles elle perdit les urines et se mordit la langue. Le caractère des accès

qui n'ont jamais disparu est maintenant incontestable ; vous voyez les cicatrices qu'elle a au front et qui témoignent de ses chutes ; vous voyez également les cicatrices de la langue, cette femme a encore actuellement de grands accès épileptiques, dont la fréquence est variable, qui s'écartent quelquefois de manière à ne revenir qu'à l'époque des règles et qui se répètent alors trois ou quatre fois de suite.

Ce qui nous paraît intéressant c'est que, depuis le début, les accès ont conservé ce caractère d'angoisse morale qu'ils avaient pris à l'âge de huit ans. Il y a toujours au début de ces grands accès épileptiques une aura qui est exclusivement psychique. La nature de cette aura a varié : au début, il y avait des frayeurs, des terreurs des rats, plus tard, vers 19 ans, des inquiétudes plus vagues et d'ordre intellectuel que nous allons revoir chez d'autres malades : elle se tracassait, elle cherchait à deviner ce qui allait arriver. A 24 ans, après la mort de sa mère, elle avait dans cette même période des idées de mort, elle croyait mourir ou bien elle avait des impulsions au suicide. Il n'est pas sans intérêt de voir l'aura psychique d'un accès épileptique se modifier, avec les événements impressionnants, comme le délire d'une crise d'hystérie : peut-être ne faut-il pas croire à l'existence d'un fossé infranchissable entre les diverses névroses.

Actuellement les accès sont restés les mêmes, tout à fait classiques, mais les auras psychiques qui existent toujours, ont pris une forme spéciale. La malade commence par ressentir un peu d'angoisse, puis il lui semble que tout est changé en elle, « elle n'est plus la même, elle ne se reconnaît plus, elle a perdu sa propre personne », elle se plaint de tout cela en gémissant, dans un langage qui reste à peu près correct. Puis elle se plaint de parler malgré elle, comme si ce n'était pas elle qui parlait, d'être étonnée du son de sa voix qui cependant pour les témoins n'a guère changé. Elle ne tarde pas à se plaindre d'une singulière illusion ; il lui semble que sa personne, qui n'est plus en elle, est à côté, en dehors d'elle-même, car elle se sent comme double. Ce double, elle l'incarne dans une personne présente, en général dans une personne un peu éloignée, et elle gémit en disant qu'il va arriver un accident à cette personne qu'elle croit elle-même. C'est en général à ce moment qu'elle perd conscience. Voici le dernier accès typique : elle regardait par la fenêtre quand le trouble a commencé et elle se mit à se plaindre

que sa personne était sortie d'elle-même. Elle croyait être un individu qu'elle désignait et qui montait sur l'impériale d'un omnibus, il lui semblait que c'était elle qui montait et elle avait peur de tomber en se penchant du haut de l'omnibus. C'est à ce moment qu'elle est tombée en réalité en accès épileptique.

Il y a beaucoup de faits remarquables dans cette aura : d'abord l'illusion de dédoublement qui se présente si fréquemment chez tous les psychasthéniques qui ont l'écho de la pensée, de la parole, etc., puis la confusion qui fait que la malade attribue ses propres douleurs à autrui, fait que nous avons déjà décrit chez des épileptiques et chez des typhiques, enfin surtout le sentiment de dépersonnalisation dont vous savez l'importance. Ce qui caractérise ce cas, c'est que ce sentiment ne dure que quelques minutes puisque l'accès survient en général au bout d'un quart d'heure, tandis que chez les autres malades il se prolongeait plusieurs jours comme une aura qui n'aboutirait pas.

Dans l'intervalle des accès, la malade se porte bien, ne présente aucune trace d'anesthésie, n'a aucun sentiment illusoire et a seulement une mémoire vague de ce qui vient de se passer. Vous voyez que, chez l'épileptique, l'abaissement du niveau mental est brusque, profond, de peu de durée, au lieu de se prolonger très longtemps avec une intensité moindre ainsi que les choses semblent se passer chez le psychasthénique.

Il est bon de vous rappeler que le traitement bromuré et quelques précautions d'hygiène ont supprimé ou du moins espacé considérablement les accès de cette malade : les illusions de la personnalité ont disparu en même temps que les accès.

Observation 30. — **Tics de déglutition dans des vertiges épileptiques.** — *Accès et vertiges épileptiques, tics.*

Les remarques que nous avons faites sur les rapports de l'épilepsie avec la psychasthénie nous conduisent à rechercher, sur les malades épileptiques qui se présentent, les symptômes qui rappellent ceux que nous trouvons chez les obsédés. Voici d'abord quelques cas où on note des phénomènes semblables aux tics.

Cette jeune femme de 25 ans, Gae..., vient se plaindre de crises de hoquet. Ce sont des hoquets qui la prennent par période à

peu près deux fois le jour et deux fois la nuit. En l'entendant parler ainsi, nous avons cru d'abord à du hoquet hystérique dont vous avez déjà vu ici bien des exemples, mais en insistant, nous sommes amenés à croire à toute autre chose. Ces hoquets sont peu nombreux, deux ou trois, une dizaine au maximum ; immédiatement après et même pendant les derniers, la malade perd connaissance et s'évanouit,. Cet évanouissement dure très peu, elle reste les yeux fermés, presque sans bouger pendant une ou deux minutes à peine, puis elle se réveille très ahurie sans savoir ce qui s'est passé. Ces petits évanouissements précédés de hoquets la prennent brusquement le jour ou la nuit. Vraiment ces pertes de conscience brusques, d'une minute à peine, avec ce réveil ahuri nous paraissent se rapporter au mal comitial, et nous devons noter cette aura consistant en quelques convulsions diaphragmatiques et déterminant ce hoquet.

Au début, nous pouvons peut-être placer ici l'influence d'une maladie infectieuse, quoique les souvenirs de la malade soient peu précis. Vers l'âge de 14 ans, elle a eu une fièvre typhoïde, grave et elle prétend que, tout au début de la fièvre typhoïde, pendant le premier jour de maladie, elle a eu un accès épileptique franc. Toujours est-il que la maladie fut grave et produisit même, ce qui est assez rare aujourd'hui, des escarres sur les fesses et dans la région sacrée, où il y a encore une cicatrice. L'épilepsie fut interrompue, et ce n'est qu'un an et demi ou deux ans après que sont venus les hoquets et les vertiges dont nous vous parlons. Sous l'influence du traitement bromuré, il n'y a plus déjà qu'une crise par jour au lieu de quatre.

Observation 31. — Tic de déglutition dans un vertige épileptique.

Dernièrement, nous vous signalions une malade qui a des hoquets au début du vertige. Ici, il s'agit chez ce garçon, Jol..., âgé de 19 ans, d'un petit mouvement spasmodique, qui a rapport au pharynx. Notez que ces malades ne peuvent pas, comme les hystériques purs vous expliquer exactement les symptômes ; ils en conservent beaucoup moins le souvenir. Il faut nous servir davantage des récits de leur entourage et de ce que nous observons nous-mêmes.

Ce garçon de 19 ans présente depuis une dizaine d'années des vertiges assez fréquents. Il dit quelques paroles incompréhensibles, il fixe les gens avec des yeux vagues, il se penche en avant comme pour tomber, puis à ce moment, il a plusieurs fois de suite un mouvement de déglutition. « Il avale quelque chose, dit la mère, » il se redresse ensuite et reprend connaissance sans aucun souvenir. Le fait convulsif principal de son vertige, c'est une déglutition répétée. Nous rapprochons ce spasme du hoquet précédemment étudié.

Observation 32. — **Tics et angoisses dans des vertiges épileptiques.** — *Accès épileptiques, crise d'excitation génitale, tics, crises d'angoisse.*

Cette femme, Ciq..., âgée de 31 ans, est épileptique depuis l'âge de 14 ans. Elle a eu à peu près toutes les formes de l'accès, depuis les vertiges jusqu'aux crises de grand mal. Actuellement, elle a peu de grands accès, ainsi il n'y a eu qu'un seul cette année. Mais elle a, à la place, un certain nombre de crises variées qui semblent bien toutes avoir le cachet épileptique, mais qui sont cependant assez singulières. Quelques-unes ressemblent à des tics et même à des tics obsédants. Souvent elle est saisie pendant qu'elle parle : elle a subitement un peu de vertige, elle cligne des yeux et tord un peu sa bouche. Elle ne peut plus continuer à parler, mais elle répète indéfiniment, quelquefois pendant dix minutes, la dernière syllabe qu'elle vient de prononcer. Elle n'a pas tout à fait perdu la conscience ; elle sent qu'elle répète cette syllabe. Cela l'agace au plus haut point, mais c'est en vain qu'elle cherche à arrêter cette syllabe obsédante.

Une autre crise fréquente chez elle, depuis un certain temps, est à la fois sensitive et motrice ; la malade sent malgré elle une excitation vaginale et des spasmes comme si elle avait des rapports avec quelqu'un. En même temps elle se frotte le ventre de la main droite ; ces excitations et ces mouvements sont tout à fait involontaires et irrésistibles. Cette crise la prend au milieu de la rue sans qu'elle puisse l'arrêter. Quelquefois elle perd tout à fait conscience ; d'autres fois elle assiste à ces mouvements avec étonnement, comme dans un rêve.

Notons aussi chez cette femme de véritables crises d'angoisse :

« Je ne peux pas dire de quoi j'ai peur, il me semble que quelque chose va me tomber sur le dos, il me faut de la lumière, des personnes auprès de moi », puis la parole s'arrête, il y a, dit-elle, un léger bafouillage, puis un certain serrement des dents et tout est fini. Vous voyez donc dans l'épilepsie la plus nette survenir des tics déjà bien systématisés, des sensations obsédantes et des angoisses.

Observation 33. — **Accès épileptiques à la suite des angoisses.** — *Inquiétudes, manie de l'interrogation, vertiges, manie de l'infini et épilepsie.*

Voici une observation des plus intéressantes qui se rapporte à certaines discussions toutes récentes. Le dernier numéro de la Revue neurologique, 15 avril 1901, contient justement un article de M. Haskovec (de Prague) auquel ce cas répond très directement[1].

Il s'agit d'un homme de 52 ans, Gny..., mécanicien de chemin de fer, d'un aspect intelligent et doux. Cette physionomie, plutôt sympathique, n'est pas indifférente à la question. Il vient se plaindre de crises nerveuses assez graves, qu'il éprouve surtout depuis une quinzaine de jours, tantôt la nuit, tantôt même le jour.

La crise vient assez subitement; il sent une douleur au cœur, exactement comme s'il allait mourir ; il a des tremblements. La tête s'en va peu à peu et dans deux de ces crises il a complètement perdu connaissance. Dans cette crise, il reste sans bouger par terre, car il est tombé une fois tout de son long. Tout au plus a-t-il, comme il le dit, un petit « grelottement dans les mains » ; au bout de peu d'instants, car la crise ne dure que cinq à six minutes, il revient à peu près à lui, très hébété et engourdi, et il est pris d'un sommeil profond et irrésistible : il ne peut résister et s'endort lourdement pendant sept ou huit heures. Ce n'est qu'après ce long sommeil qu'il se réveille très fatigué. Sans doute, il n'y a pas de morsure de la langue, ni d'émission d'urine ; mais, malgré l'absence de ces deux symptômes, ne trouvez-vous pas que cette crise a un aspect bien nettement *comitial* ?

1. A propos de cette discussion sur les rapports entre les crises de psycholepsie et les accès épileptiques, voir le premier volume de cet ouvrage, p. 502.

Ajoutons que dans l'intervalle il y a de petits accidents dont voici la physionomie. Il lui semble qu'il va perdre connaissance, il a une sensation pénible sur la tête. La tête est comme prise dans un étau, écrasée de haut en bas ou poussée d'arrière en avant; il a des bourdonnements d'oreilles, puis il cesse d'entendre et il ne voit plus clair. Cela ne dure que quelques secondes, peu après la lumière vient de nouveau et la crise se termine par des palpitations de cœur. Après ces petites crises, il a sommeil et, détail bizarre, il a faim et dévorerait volontiers, tandis que d'ordinaire il a un très petit appétit. Ces petits accidents ne vous font-ils pas penser tout à fait à des vertiges comitiaux ? comme la grande crise avec perte de conscience à un accès. Il nous semble que l'aspect clinique est assez net.

Il est vrai que le malade a 52 ans, que des accès de cette forme n'ont commencé chez lui que depuis quelques mois. Cela est en effet assez singulier, mais nous avons assez souvent étudié ici même l'épilepsie tardive pour ne pas être surpris d'un cas semblable. Si nous ne considérions donc que l'accident isolé actuel, notre diagnostic serait donc « une forme atténuée et tardive du mal comitial ».

Mais interrogeons le malade sur son état antérieur : son père paraît assez normal, mais un frère du père était alcoolique et franchement épileptique. La mère, grande névropathe, sombre, inquiète, a fini ses jours à la Salpêtrière.

Le malade lui-même, intelligent, doux, délicat, comme nous l'avons déjà remarqué, a toujours été un faible. Il a eu, à 12 ans, une fièvre typhoïde grave qui n'a pas amélioré son caractère. Depuis, il reste comme sa mère et encore plus qu'elle, sombre et inquiet. Il a des grands ennuis de famille, des inquiétudes sur sa situation ; il s'en affecte énormément, et d'ailleurs, comme il le dit lui-même, il y ajoute des ennuis sans raison. Ces préoccupations l'inquiètent énormément, il a des craintes hypocondriaques, des craintes de persécution, des craintes scrupuleuses, etc. Depuis l'âge de 30 ans à peu près, il lui vient en tête des idées singulières, qu'il a de la peine à exprimer et qu'il comprend mal lui-même : « Pourquoi les hommes vivent-ils ? Comment les hommes sont-ils faits ? Pourquoi les hommes doivent-ils mourir ? » Ces idées l'ont déjà beaucoup tourmenté; elles le préoccupent de plus en plus.

Sous l'influence de ces obsessions, il a déjà éprouvé, depuis

longtemps, des états émotifs tout à fait spéciaux; il avait en y pensant des tremblements, des troubles de la respiration, des sensations de froid dans les jambes et des palpitations de cœur. En un mot, depuis longtemps il a des *angoisses* à propos d'idées obsédantes et d'interrogations scrupuleuses. Ce sont ces crises d'angoisse qui se sont aggravées et qui se sont transformées en ces accès qui ont aujourd'hui l'aspect épileptoïde.

Le fait est-il étrange et inconnu? En aucune façon, comme le rappelle M. Haskovec dans l'article de la Revue neurologique que je vous citais en commençant, Griesinger et Berger soutenaient autrefois qu'il y avait un rapport étroit entre le paroxysme des idées obsédantes et l'accès épileptique. Depuis, ce rapprochement a été oublié et on n'a voulu voir que les différences entre l'idée fixe consciente et le délire épileptique sans conscience. Cependant on pouvait constater bien des intermédiaires.

M. Séglas, dans ses leçons sur les maladies mentales, montre des obsessions avec trouble de la conscience analogues à des délires épileptiques. Nous-mêmes nous avons déjà publié un cas fort curieux de ce genre [1]. Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans, tourmenté par des méditations sur l'infini, sur l'infini de l'espace et sur l'infini du bonheur, c'est-à-dire d'un type de délire du doute et de délire du scrupule. Eh bien, la méditation sur l'idée d'infini, c'est-à-dire le développement de son idée obsédante amène rapidement un accès typique d'épilepsie avec émission des urines. M. Haskovec, dans l'article cité de la Revue neurologique, relate un cas du même genre. Notre malade d'aujourd'hui vient s'ajouter à la série : c'est un cas d'accès épileptique se substituant à l'angoisse vulgaire, qui caractérise les obsessions dans la folie du doute et du scrupule.

Si nous nous placons au point de vue physiologique et psychologique, nous vous dirons que cette substitution de l'accès épileptique à l'accès d'angoisse ne nous surprend pas du tout, car il y a entre les deux phénomènes beaucoup d'analogies. L'angoisse n'est pas uniquement, comme l'ont soutenu bien à tort plusieurs auteurs, la conscience des troubles respiratoires et cardiaques causés par l'émotion; c'est un phénomène cérébral, c'est le sentiment d'un

1. Pr Raymond. Les équivalents psychiques de l'épilepsie, *Journal des Praticiens*, 6 avril 1901, p. 212. Cf. également à propos de ce malade Vil... le premier volume de cet ouvrage, p. 136 et p. 513.

abaissement brusque et considérable de l'activité cérébrale ou, si l'on veut, de la tension nerveuse cérébrale. Cet abaissement de la tension nerveuse se manifeste par bien des faits psychologiques qui caractérisent l'angoisse des scrupuleux et il est de la même nature que l'abaissement de la conscience qui caractérise le vertige épileptique.

Mais, si nous laissons de côté les spéculations physiologiques et si nous restons au point de vue clinique, ces malades nous rappellent justement l'opinion de Griesinger et nous montrent un certain rapport entre l'angoisse des scrupuleux et l'accès épileptique.

Observation 34. — **Besoin de direction et sentiments d'incomplétude chez une épileptique.**

Remarquez le caractère de cette femme, Fy..., âgée de 35 ans, épileptique depuis l'enfance : elle est inquiète et craint perpétuellement l'abandon et la solitude. « Il me semble que je serais bien si quelqu'un s'occupait de moi. Ce qui me rend malade c'est de vivre seule, je suis obligée d'écrire ce que je pense sur un journal pour me faire l'illusion d'en parler avec quelqu'un ; il me faudrait un maître à qui je puisse me dévouer. » A côté de ce sentiment du besoin de direction, elle a d'autres sentiments bizarres. Dans les journées qui suivent les crises surtout, tout lui semble si drôle qu'elle se demande si ce n'est pas la fin du monde. « Il me semble que tout est mort et silencieux, que rien ne bouge plus, cela m'inquiète et malgré moi ma tête travaille, je me demande si le monde est fini. » Le bromure qui agit sur ses crises diminue également ses manies d'interrogation et ses sentiments d'incomplétude.

Observation 35. — **Angoisse et épilepsie.**

Voici encore un exemple des rapports très étroits qui unissent les troubles mentaux psychasthéniques avec l'épilepsie. Cette malade, Si..., âgée de 36 ans, vient se plaindre de ce qu'elle appelle des idées noires : c'est un état d'inquiétude, d'angoisse, qui s'empare d'elle surtout le soir. Elle est désespérée, sent qu'elle a beaucoup souffert, qu'elle ne peut plus arriver à réta-

blir son ménage depuis que son amant est parti. Elle a la sensation que son cœur se serre et que chez elle, *tout est mort*. C'est un sentiment d'anesthésie dans tous les viscères, il lui semble qu'ils n'existent plus. Ce sentiment l'effraye beaucoup et elle croit qu'elle va devenir folle, aussi ne peut-elle plus rester chez elle et se sauve-t-elle, même en chemise, chez des voisins.

Ce qu'elle décrit là, c'est une crise d'angoisse avec doute de soi-même, désespoir, sentiment de folie telle qu'on l'observe chez les mélancoliques et surtout chez les scrupuleux. Si on la laisse parler, elle est disposée à rattacher cet état à son éducation. Tout viendrait, dit-elle, de ce qu'elle a été enfermée dans un couvent où elle était très malheureuse.

Cependant si nous précisons l'étude de cette malade nous trouvons qu'il s'agit de choses infiniment plus graves. Dans ce couvent, déjà à l'âge de 20 ans, elle avait des crises de nerfs la nuit, dans lesquelles elle se mordait la face interne des joues et pendant lesquelles elle urinait dans son lit. Depuis cette époque, ces crises n'ont jamais cessé et se reproduisent de temps en temps la nuit et même le jour.

On peut se demander s'il n'y a pas quelque rapport entre ces accès d'angoisse dans lesquelles elle croit que tout est mort et qui l'amènent à fuir hors de son appartement et ces crises antérieures typiques. Or, bien souvent ces accès d'angoisse sont précédés ou suivis par un vertige. Dernièrement, après un de ces désespoirs, elle s'est sauvée de chez elle, mais elle ne sait plus ce qui s'est passé : c'est qu'elle est tombée brutalement sur le front (elle en a encore la cicatrice au sourcil) et qu'elle a dû être transportée à l'hôpital Saint-Antoine où elle s'est réveillée. C'est donc par un véritable accès épileptique que l'angoisse s'est terminée.

Il y a probablement, chez cette femme très nerveuse, un état de tristesse et d'angoisse déterminé par ses chagrins domestiques. Mais cette idée obsédante prend par moments un caractère spécial : elle s'accompagne du sentiment que tout est mort, de cette angoisse, de cette fugue et il nous semble vraisemblable que ce caractère spécial de la tristesse n'est que le substitut d'un accès épileptique, soit que l'accès survienne réellement après, soit qu'il avorte.

C'est un exemple de plus à ajouter aux cas déjà nombreux de substituts psychiques du mal comitial que nous avons étudiés ici.

Observation 36. — **Manies mentales de la recherche dans l'aura épileptique.** — *Sentiment de mécontentement, doutes, manie de la recherche.*

Nous réunissons ces trois malades qui présentent à peu près exactement le même phénomène : ce sont trois épileptiques. Gat..., cette jeune fille de 19 ans, a peu de grands accès, un tous les trois mois à peu près, mais en revanche elle a de grands vertiges qui se reproduisent presque toutes les semaines. Cet homme de 25 ans, Jet..., a eu des accès épileptiques à l'âge de 7 ans ; ces accès se sont arrêtés d'une manière curieuse, à l'âge de 14 ans, à la suite d'une blessure assez grave qu'il s'est faite à la main et qui lui avait causé une grande peur. Il est resté jusqu'à l'âge de 21 ans, sans vertige et sans accès ; voici que tout a recommencé à l'âge de 21 ans. Il était au régiment, et il est probable qu'il s'est laissé entraîner à des excès de toutes sortes ; il se sentait déjà fatigué quand il a assisté à des écoles à feu, le bruit du tir a déterminé un accès. Depuis trois ans, ils se répètent assez fréquemment. Enfin ce troisième malade, Sié..., jeune homme de 17 ans, n'a des accès que depuis deux ans. Ils ont été fréquents au début ; ils semblent être devenus plus rares puisqu'ils n'existent que tous les trois mois.

Chez ces trois malades, nous notons des auras psychiques, c'est-à-dire un trouble intellectuel très net, parfaitement reconnaissable pour l'entourage et pour le malade, trouble qui précède et qui annonce l'accès. Chez la première malade, l'accès ne vient pas toujours à la suite de l'aura qui reste ainsi avortée et constitue simplement ce que l'on appelle un vertige. Cette jeune fille, depuis l'âge de 7 ans surtout, a constamment, même en dehors des accès, un de ces sentiments de mécontentement et d'inquiétude que nous avons appelé un sentiment d'incomplétude. Elle ne se sent pas comme les autres, elle a l'idée que tout le monde lui en veut, que personne ne l'aime.

Notez cet abaissement mental avec sentiment d'incomplétude, même en dehors des accès, chez un épileptique. De temps en temps elle, se sent beaucoup plus inquiète, beaucoup plus troublée et elle éprouve malgré elle « le besoin d'approfondir », c'est-à-dire qu'elle réfléchit sur une des idées précédentes. « Est-il vrai qu'elle soit méchante ? est-il vrai que telle personne lui en veuille ?... »

Quand elle approfondit ainsi un problème, elle se perd complètement, il lui semble qu'elle a un bandeau sur la tête, qu'elle ne peut pas comprendre. Elle pousse un cri et tombe.

Le second malade, Jet..., a régulièrement un même sentiment avant tous les accès. « Il me faut rechercher un souvenir que j'ai oublié, je me souviens très bien que cela commence toujours comme cela ; il me semble que cela est très nécessaire de trouver ce que j'ai oublié, cela m'entortille la mémoire, je ne comprends plus rien et après je ne sais plus ce qui arrive. »

Le troisième, Sié..., est aussi forcé de chercher quelque chose mais ce n'est pas toujours un souvenir, il se demande où il a mis un objet, ou bien si une telle personne ressemble à une autre. Dernièrement sa mère s'était plainte d'avoir égaré une clé, il se « sentait obligé dans sa tête de chercher où pouvait bien être cette clé ». D'ailleurs il ne se rappelle pas toujours ce qu'il a cherché. Quelquefois c'est très vague. « Il me semble, dit-il, que j'étais forcé de deviner ce qu'il y aurait à manger à déjeuner. » Souvent il sait seulement qu'il a réfléchi, mais il ne sait pas à quoi.

Nous avons voulu rechercher si, chez ce dernier malade, il y avait des troubles permanents de l'attention et nous avons à ce propos fait quelques expériences sur les séries de temps de réaction avec une méthode que vous connaissez. Nous avons trouvé les chiffres suivants : Pour 10 temps de réaction simple à des excitations tactiles consécutives :

maximum	62,	minimum	19,	moyenne	38,6
—	66,	—	26,	—	40,6
—	70,	—	21,	—	38,2
—	39,	—	13,	—	20,7

Temps de réaction simple à des excitations visuelles :

maximum	30,	minimum	20,	moyenne	24,2
—	25,	—	18,	—	20,8

Temps de réaction simple à des excitations auditives :

maximum	45,	minimum	13,	moyenne	24,9
—	26,	—	12,	—	19,3

Ces chiffres sont tous un peu élevés, ce qui montre le défaut d'exercice, mais ils n'indiquent pas une distraction considérable, ni une fatigue très rapide ; en dehors des accès, il n'y a guère d'abaissement mental. Il est vrai qu'il n'éprouve pas non plus ce besoin de rechercher qui existe si fort dans l'aura.

Dans ces troubles, vous avez reconnu quelques-unes des manies mentales de nos scrupuleux ; le besoin de retrouver un souvenir ou une ressemblance est tout à fait identique à leur manie d'interrogation. Nous sommes très frappés de voir cette même manie se reproduire régulièrement dans un état éminemment anormal, le prélude d'un accès épileptique. Cela confirme notre hypothèse que ces manies sont le résultat d'une excitation intellectuelle particulière, d'une sorte de dérivation qui se fait quand l'esprit subit un abaissement notable.

Observation 37. — **Migraine ophtalmique chez une scrupuleuse.** — *Scrupule, aboulie, timidité, migraine ophtalmique.*

Comme nous avons voulu rapprocher certains troubles épileptiques de l'état mental neurasthénique, il nous paraît intéressant de vous signaler le cas suivant, quoiqu'il ne soit pas tout à fait du même genre. Cette femme de 46 ans, Gor..., présente tous les troubles physiques et moraux de la neurasthénie, elle est atteinte d'une manière incomplète mais très nette du délire du scrupule. Elle a toujours été une timide, n'osant pas se lier, « s'extérioriser » de peur d'ennuyer les gens. C'est une perpétuelle rêveuse qui a déjà présenté plusieurs accidents mentaux, de l'agoraphobie, des manies mentales, des obsessions du scrupule. Cet état mental n'a rien de bien surprenant chez elle ; la grand'mère et le père se sont suicidés, la mère est une névropathe autoritaire et la sœur de la malade est une épileptique. Nous n'insistons pas sur ses troubles scrupuleux que nous retrouverons plus nettement ailleurs.

Le fait intéressant c'est qu'elle a en même temps une autre névrose ; de temps en temps, elle ressent de l'engourdissement, les troubles de l'estomac s'accentuent, elle est atteinte d'une migraine violente, prédominante du côté droit, et peut-être, quoique ce ne soit pas assez net, un peu plus en arrière qu'en avant. En même temps elle a la vue gênée par une image lumineuse « comme des éclairs qui formeraient un cercle », image qui lui apparaît à gauche et qui n'est vue que par l'œil gauche. Elle a aussi la parole gênée et, tant que dure cette migraine, elle bredouille ; il n'y a pas de véritable parésie des membres du côté droit. Il n'en est pas moins vrai que c'est un accès de mi-

graine ophtalmique accompagné, comme disait Charcot, puisqu'il y a déjà des troubles du langage. Il n'est pas inutile de vous rappeler que cette variété de migraine a un rapport très direct avec l'épilepsie et qu'elle cède assez bien à l'action du bromure. Vous voyez donc la coïncidence de ce trouble analogue à l'épilepsie avec un état général de scrupuleux. C'est cette coïncidence que nous voulions vous faire remarquer.

M. Kéraval a rapporté dans *les Archives de neurologie*[1], la très curieuse observation d'une malade atteinte de migraine ophtalmique avec scotome scintillant à gauche. En même temps que le trouble visuel, elle ressent une excitation intellectuelle bizarre, une profusion d'idées avec afflux obsédant et gênant de toutes les conceptions qui s'y rattachent ; elle se sent forcée d'examiner chacune de ces idées, de les soupeser et de répondre par « oui » ou par « non » sur tous leurs caractères. Détail bizarre de l'observation que nous ne sommes pas capables aujourd'hui d'interpréter, quand l'hémianopsie est inverse et plus accentuée à droite, il n'y a rien de mental. Dans notre observation, il n'y a pas un rapport aussi étroit entre les migraines ophtalmiques et les crises d'obsessions, on peut dire que c'est une maladie à crises distinctes tandis qu'elles sont réunies dans l'observation de M. Kéraval.

1. Kéraval, Idées fixes, *Archives de Neurologie,* 1899, II, p. 830.

CHAPITRE IV

LES AGITATIONS ET LES ANGOISSES DIFFUSES

Dans nos premières leçons nous avons étudié les premiers symptômes de l'état psychasthénique, la diminution de toutes les fonctions nerveuses et le trouble que cet engourdissement apporte soit dans les opérations organiques, soit dans les sentiments que ressentent les malades. Dans nos dernières études nous avons examiné la relation intéressante qui se présente entre ces abaissements de la tension nerveuse et quelques symptômes de l'épilepsie. Nous revenons maintenant à l'étude des psychasthéniques proprement dits et nous allons vous présenter des malades qui présentent des accidents plus graves et mieux caractérisés. Les plus simples de ces accidents qui se surajoutent aux engourdissements précédents sont des *agitations vagues, diffuses*, celles-ci se présentent sous deux formes, la *forme motrice* et la *forme viscérale ou émotionnelle*.

PREMIÈRE SECTION

LES AGITATIONS MOTRICES

Observation 38. — **Agitation motrice.** — *Neurasthénie, hypocondrie, aboulie, émotivité, provocation artificielle de l'émotion, agitation, substitution de l'agitation à l'acte.*

Ce premier malade présente des symptômes qui semblent en contradiction avec un des enseignements que nous venons de vous donner à propos des psychasthéniques. La difficulté que son cas soulève n'est pas insignifiante puisqu'elle va se reproduire exactement pareille à propos de beaucoup d'autres sujets. Il faut donc nous y arrêter un peu.

Ce jeune homme de 28 ans, Af..., dont le père était alcoolique, est un pauvre neurasthénique au sens habituel de ce mot; sur ce point il n'y a aucun doute : fatigues, troubles de la digestion, insomnies, maux de tête, il souffre de tout cela depuis des années. C'est un aboulique, qui a besoin de faire des efforts continuels, qui s'ennuie partout et qui est toujours mécontent : il gémissait perpétuellement à propos des innombrables maladies qu'il croyait avoir. Mais à ces anciens symptômes s'en est ajouté récemment un nouveau pour lequel il revient à l'hôpital.

Il y a trois semaines, un drame s'est passé dans la maison qu'il habite : un individu a tué sa femme et s'est ensuite fait justice par le suicide. Un malheureux hasard a voulu que notre malade entrât peu de temps après dans cet appartement et qu'il trouvât le premier les deux cadavres. Sur le moment, il éprouva peu d'émotion, il resta indifférent suivant son habitude et alla prévenir le concierge avec le plus grand calme. Il passa la journée sans aucune inquiétude et le soir dormit sans rêver au spectacle qu'il avait vu. En cela, il se comporte, non comme un homme très énergique qui surmonte l'émotion, mais comme un de nos psychasténiques difficiles à émouvoir d'une façon complète ainsi que nous l'avons vu souvent. Mais voici que le lendemain il lit dans le *Petit Journal* un fait divers qui raconte à grand renfort de descriptions le drame auquel il a presque assisté. Le journaliste qui en avait probablement beaucoup moins vu que lui, décrit avec habileté la chambre ensanglantée; dans un crescendo savamment ménagé, il arrive aux cadavres, montre leurs blessures, leurs figures angoissées, etc. Le malheureux à cette lecture fut saisi d'horreur ; c'était donc cela qu'il avait vu la veille, il ne s'était pas rendu compte que cela était si horrible, et le voilà qui éprouve une violente émotion.

Cette petite histoire d'une émotion nous semble déjà curieuse au point de vue psychologique : devant le spectacle vrai, réel, devant les deux cadavres quelques instants après leur mort, Af... est resté tout à fait indifférent et le voici qui s'émotionne au plus haut degré en voyant le même fait, le lendemain, raconté par un rédacteur du *Petit Journal.* Ce qu'il y a de curieux ce n'est pas uniquement le retard de l'émotion, nous verrons dans d'autres cas des malades qui ont besoin d'une période latente pour arriver à l'émotion ; ils ont l'émotion retardante comme la mémoire retardante. Mais ce n'est pas le cas ; il est probable que ce n'est pas

le temps qui a fait naître chez lui l'émotion, mais bien la description faite par le journaliste. Rien ne prouve mieux à notre avis la puissance de l'art; il y a des gens qui ne savent pas voir, qui ne savent pas sentir et l'œuvre de l'art est tout justement d'arriver à les faire sentir ce qu'ils n'auraient pas compris tout seuls ; en ce sens le rédacteur du *Petit Journal* a, ce jour-là, à son insu, fait œuvre d'artiste. Ce fait nous montre aussi que par l'art on arrive à émotionner des psychasthéniques qui resteraient par eux-mêmes indifférents devant le spectacle réel. Nous aurons à en tirer parti au point de vue thérapeutique, car il faut souvent arriver à émotionner ces malades pour relever leur niveau mental et les retirer de leur rêverie. Permettez-nous encore une remarque sur ce petit fait qui nous paraît amusant. Les psychasthéniques comprennent toujours mieux les représentations littéraires ou artistiques que la réalité : nous avons vu de ces femmes que rien n'émotionne dans la vie réelle et qui pleurent au théâtre. C'est une des raisons pour laquelle le psychasthénique devient littérateur, devient bas bleu. Vous remarquerez cette passion de la lecture, de la poésie, du théâtre, chez ces abouliques parce qu'ils trouvent dans cette vie factice et simplifiée une cause d'émotion que la vie réelle, trop compliquée et inaccessible pour eux, ne leur fournit pas. Quoi qu'il en soit, voici notre pauvre garçon très bouleversé. Cette émotion a chez lui un singulier résultat : au début elle réussit à le tirer de ses préoccupations hypocondriaques et elle eut pendant quelques jours un bon effet. Mais bientôt il devient troublé d'une autre manière, il a de l'agitation, surtout motrice, il gesticule, lève les bras au ciel, va, vient, court. C'est l'une des formes de l'émotion, mais ce qu'il y a de particulier, c'est qu'elle n'a pas disparu : depuis trois semaines, c'est un agité qui ne peut guère tenir en place, qui éprouve constamment le besoin de gesticuler, de marcher, de crier. Voyez comme il a de la peine à rester sur sa chaise ; il s'est déjà levé dix fois depuis que nous parlons ; cette agitation se poursuit pendant les repas et même pendant la nuit ; il arrive à peine à dormir un peu et il s'épuise.

Nous vous avons prévenu que c'était là un fait nouveau dans nos études ; jusqu'à présent nos malades péchaient par défaut plutôt que par excès ; ils étaient des abouliques et des inertes. Celui-ci est au contraire un individu qui remue trop, un agité : que signifie ce nouveau phénomène ? Observez d'abord qu'il n'est

pas en contradiction avec les précédents : cette agitation motrice n'a pas supprimé l'aboulie, elle l'accompagne. Je vous ai dit qu'il travaillait fort peu avant l'événement, il travaille encore moins depuis. Il n'a plus le courage de rien faire, il a renoncé même aux petites occupations qu'il conservait. Si on juge la volonté d'après les actes exécutés, il en a encore moins qu'auparavant.

Cette agitation est si peu en contradiction avec l'aboulie qu'elle est en rapport intime avec elle et qu'elle survient surtout à l'occasion des actes qui ne s'accomplissent pas. Si on laisse le malade bien tranquille dans son lit, sans rien lui demander, il ne dort pas sans doute, il rêvasse, mais il est à peu près immobile. Lui fait-on remarquer qu'il est l'heure de se lever, essaye-t-il d'obéir, il se met à se tordre, à se rouler, à déchirer ses draps, il s'agite indéfiniment. S'il est tranquille sur sa chaise, il suffit qu'il pense à aller au travail, pour que l'agitation recommence, en un mot l'agitation se présente à la place de l'acte qu'il accomplirait s'il avait une tension nerveuse suffisante. Elle semble être un phénomène de remplacement ou de substitution. C'est pourquoi nous vous proposons d'appeler ces faits des phénomènes de *dérivation psychologique*. Les choses se passent comme si, la tension nerveuse étant insuffisante pour produire un phénomène d'un ordre élevé, l'effort provoqué par l'excitation se dépensait en phénomènes d'un ordre inférieur qui sont ici des mouvements incoordonnés, irréguliers et inutiles [1].

Pour vous expliquer mieux ce point de vue nous vous rappellerons un certain nombre de cas que vous avez souvent sous les yeux et qu'il est inutile de préciser. Nous voyons souvent de jeunes enfants qu'on nous envoie de l'école pour interpréter leur état bizarre. « C'est l'attention, dit l'instituteur, qui les rend malades. Quand ils sont sans rien faire, ils restent tranquilles et quand on veut leur faire faire attention, ils remuent sur leurs bancs, sautent, gesticulent, ont des fous rires et crachent de tous côtés. » Leur diagnostic nous a souvent embarrassés, ce ne sont pas des choréiques, leur agitation peut cesser complètement ; ce ne sont pas précisément des tiqueurs, leurs mouvements ne sont pas systématiques et ils sont infiniment variés. Nous vous proposons de les considérer comme des psychasthéniques présentant de l'agita-

1. Voir la discussion psychologique de ces interprétations et de ces hypothèses dans le premier volume de cet ouvrage, p. 554.

tion motrice diffuse. Ce sont des enfants incapables de parvenir à ce degré de tension nerveuse qui est l'attention sur une chose réelle. Les excitations qu'on leur donne se dépensent en phénomènes de dérivation qui sont précisément ces mouvements incoordonnés. Augmentez leur force d'attention ou de volonté et ces contorsions disparaîtront.

Il en est de même chez notre malade, c'est le traitement général de son état neurasthénique, l'éducation de sa volonté qui arrêtera cette agitation.

Observation 39. — **Akathisie.** — *Impossibilité de rester assis, angoisse, comparaison avec l'abasie hystérique, agitation, antécédents héréditaires, aboulie, manie de la perfection, inquiétude, instabilité, aboulie professionnelle et agitations forcées* [1].

La consultation de la Salpêtrière est vraiment bien remarquable; on ne décrit pas dans quelque endroit un symptôme nerveux bizarre et en apparence nouveau sans que nous ne puissions immédiatement vous en présenter un exemple. Au mois de novembre dernier, M. Haskovec, de Prague, faisait connaître à la Société de neurologie deux cas d'une maladie nerveuse bizarre qu'il baptisait du nom de l'*akathisie* ou impossibilité de s'asseoir. Voici un homme qui réalise très bien le syndrome de M. Haskovec et qui nous permet de discuter l'interprétation de cet auteur. Cet homme de 42 ans, Rul...., vient d'être assis sur sa chaise. Dans quelques minutes, quelquefois cinq minutes, quelquefois plus, quelquefois moins, vous allez le voir manifester une gêne et une souffrance extraordinaires. Il se contorsionne, il se raidit surtout du côté gauche, étend et écarte les jambes, appuie la tête sur l'épaule gauche, il tient sa chaise à deux mains et fait semblant de s'y cramponner (figures 1 et 2).

En réalité il s'appuie sur ses deux mains pour se soulever et empêcher le siège d'appuyer sur la chaise. En même temps, la sueur lui vient au front et aux mains et dans quelques cas on voit de grosses gouttes qui coulent; la respiration est anxieuse, le cœur

1. Cette observation a déjà été publié dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, juillet 1902.

palpite, la face, comme on peut le voir par cette photographie (figure 3), exprime la douleur, la terreur et l'angoisse. Enfin, n'y pouvant plus tenir il se lève brusquement et immédiatement

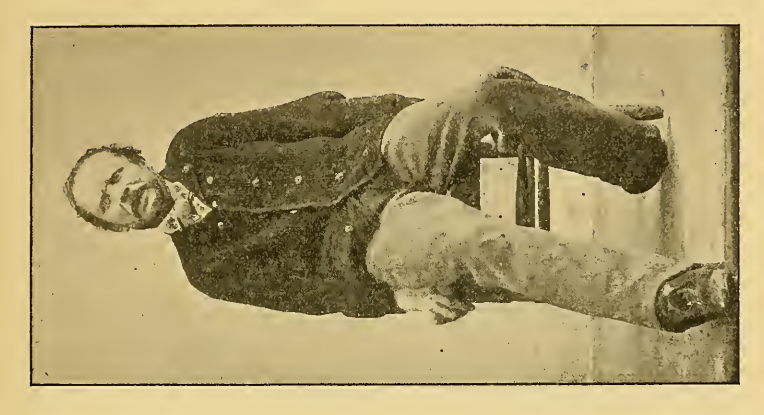






Fig. 1. et 2. — Attitude du malade dans l'akathisie.

il change d'attitude, il respire librement et sa figure exprime le soulagement et le calme.

Vous voyez cette petite scène se reproduire sous vos yeux, mais

vous remarquerez que ici devant vous le malade se sent un peu moins angoissé et qu'il reste plus longtemps sur sa chaise, à peu près une dizaine de minutes, parce qu'il est distrait par votre présence. Chez lui, les choses sont bien plus pénibles : il ne peut



Fig. 3.

rester assis que quelques instants et il faut sans cesse qu'il se lève, qu'il aille et vienne dans sa chambre.

Le trouble s'aggrave encore s'il est assis devant un établi et s'il doit travailler. Il était bijoutier de son métier et ne peut plus entrer nulle part, car on refuse cet ouvrier qui ne peut rester assis et qui se contorsionne désespérément dès qu'il a un travail devant lui.

C'est bien là l'ensemble des symptômes décrits par M. Haskovec : des secousses, de l'agitation, des troubles de la respiration, de l'angoisse, qui surviennent dès que le malade est assis et qui cessent dès qu'il se lève, d'où l'impossibilité pratique de la station assise. On peut, si l'on veut, adopter pour ce syndrome le nom d'akathisie que propose M. Haskovec (Revue neurologique, 30 novembre 1901, p. 1107), mais il faut s'entendre pour l'interprétation du symptôme que nous ne concevons peut-être pas tout à fait de la même manière.

M. Haskovec, au moins dans un de ces cas, parle d'hystérie, il rapproche son akathisie de l'astasie-abasie des hystériques. « De même, dit-il, que l'harmonie de l'innervation actionnant la marche normale peut être altérée par des causes différentes, de même l'harmonie de l'innervation entraînant l'acte normal de rester assis peut être altérée par les mêmes causes. » Théoriquement cela est parfaitement juste, l'acte de rester assis est un système de mouvement, d'images motrices exactement comme l'acte de rester debout ou de marcher. De même qu'il peut y avoir amnésie ou paralysie fonctionnelle d'un centre correspondant à la marche, de même il peut y avoir amnésie ou paralysie fonctionnelle de l'acte de s'asseoir et de rester assis. Aussi peut-on certainement observer chez les hystériques cette paralysie systématisée de l'acte de s'asseoir et de rester assis. Nous avons observé bien des hystériques incapables de tenir le tronc dans une position correcte et qui tombaient d'un côté ou de l'autre quand on voulait les faire rester assis. On trouvera un fait de ce genre surajouté il est vrai à d'autres symptômes dans notre description d'un cas de paralysie des muscles du tronc[1]. A de certains moments la paralysie était incomplète et la malade pouvait se retourner dans son lit et plier le tronc latéralement, mais elle restait tout à fait incapable de se maintenir dans la position assise. Ce serait là le véritable symptôme de l'akathisie hystérique à mettre en parallèle avec l'astasie hystérique. Mais ce symptôme est-il identique à ceux que l'on observe chez les malades de M. Haskovec, en particulier chez le second qui nous paraît tout à fait identique à notre malade et chez le sujet que nous vous présentons. Un certain nombre de caractères importants nous semblent être tout à

1. *Névroses et idées fixes*, 1898, II, p. 411.

fait différents et séparer cette akathisie de celle que l'on peut observer chez les hystériques ainsi que de l'astasie-abasie.

1° Le malade sait parfaitement s'asseoir et rester assis; au début l'acte est tout à fait correct, l'altération ne survient qu'au bout d'un certain temps; 2° même quand l'acte est altéré il suffit de parler au malade, de l'interroger vivement pour qu'il cesse ses grimaces et reste bien assis; 3° il ne tombe pas de sa chaise, il est assis très correctement, seulement il fait des efforts pour se lever, il se soulève sur ses bras. Ce n'est pas un oubli de la station assise comme dans l'astasie c'est un désir, une impulsion à se lever ou à remuer d'une manière quelconque, il y a là beaucoup plus d'impulsions que de paralysie systématique; 4° ce qui détermine cette impulsion à se lever ce n'est pas une incapacité de rester assis, c'est une souffrance, une angoisse qui se développe quand il est assis.

Aux caractères précédents, qui séparent cette akathisie d'une simple paralysie systématique, il faut ajouter d'autres faits qui rendent la maladie de Rul... beaucoup plus complexe et qui vont peut-être nous mettre sur la voie d'une interprétation. Les troubles que nous venons d'observer sont énormément exagérés dans la station assise, mais ils ne sont pas tout à fait absents dans d'autres attitudes.

Le trouble se manifeste également dans la station debout : si nous le prions de rester immobile debout, il va au bout de quelques instants présenter les mêmes symptômes, il n'est donc calme que dans la marche. Bien mieux, la marche elle-même n'est pas toujours indemne d'angoisse. En effet, s'il est chargé d'une commission, s'il doit se rendre à un endroit déterminé, la marche devient immédiatement pénible, il a des contorsions, de la sueur, il lui semble qu'il n'arrivera jamais; il ne peut pas plus continuer sa route qu'il ne pouvait rester assis. Ce qu'il lui faut, en somme, c'est la marche indéterminée, vague, en errant çà et là, sans but et surtout sans travail déterminé. Vous voyez que les choses sont bien plus complexes.

Reprenons l'histoire du malade. Le père et la mère étaient tous les deux de grands alcooliques; ils ont réussi à faire une fille épileptique morte à la Salpêtrière dans un accès, un garçon sourd de naissance mais qui n'est pas complètement muet, probablement parce que la surdité n'a pas été complète dans le premier âge, et enfin le pauvre diable que voici.

Celui-ci a eu des convulsions infantiles, à la suite desquelles il a conservé des contractures dans le pied gauche. Ce pied bot l'a toujours horriblement gêné et a fait naître de telles souffrances dans la marche qu'à l'âge de 33 ans il a fallu l'amputer (amputation de Chopart). En outre de ces misères, il a toujours été un détraqué d'un genre que nous connaissons bien ; il voulait travailler, il avait en théorie la meilleure volonté du monde, mais il était gêné, énervé par des scrupules et des inquiétudes; il voulait toujours que ce soit très bien fait, trop bien fait. Il voulait que ce soit fini tout de suite, et en même temps il avait peur de n'avoir plus d'ouvrage après celui-là. Plus il s'efforçait de faire attention, plus il s'impatientait, plus il avait des scrupules et des angoisses, plus il devenait incapable de tout travail réel. Il gâchait ainsi des pièces, il perdait ses places. Il en résultait que l'inquiétude morale allait toujours en grandissant : il n'était content nulle part, « s'embêtait partout », il ne pouvait plus arriver à avoir aucune émotion juste, à faire aucune action à propos, il y avait comme un déséquilibre entre son activité et la réalité présente, et, à la place de l'activité réelle se développait de plus en plus une agitation incohérente qui constituait une sorte de phénomène de dérivation. Dès qu'il voulait faire un acte volontaire, dès qu'il voulait faire attention, il avait des agitations de tous côtés et surtout dans le côté gauche : le côté de son pied malade et douloureux.

La misère survint, un séjour de neuf mois dans un asile de malheureux, l'opération faite à son pied, tout cela ne contribua pas peu à supprimer le peu de volonté active qui lui restait. Ce dont il est particulièrement incapable, c'est de faire son métier : l'aboulie professionnelle est toujours la caractéristique de ces abaissements du niveau mental. Or, son métier de bijoutier le tient assis devant une petite table, c'est cette situation d'être assis qui est devenue l'emblème, le symbole du métier et qui comme lui est devenu particulièrement pénible. Quand il veut rester assis c'est comme s'il voulait travailler, la volonté n'arrive pas à son terme, elle diffuse, elle dérive en angoisse respiratoire, en agitation motrice vagues, et en tics comme celui de se raidir du côté gauche.

Pour vous faire comprendre dans quel groupe de phénomènes nous sommes disposés à ranger cette akathisie bizarre, nous rapprocherons de ce malade cette jeune femme de 30 ans, Ev..., qui

en apparence ne lui ressemble aucunement. Elle reste calme sur sa chaise et n'a aucune angoisse devant vous. Mais voyez son histoire : elle ne connaît pas son père et ne peut rien nous dire sur les antécédents héréditaires; elle était nerveuse, émotive, inquiète dans sa jeunesse. Les accidents sérieux n'ont commencé qu'à l'âge de 20 ans quand elle a dû chercher à gagner sa vie. Intelligente, instruite, elle a cherché à être institutrice, au début le métier la séduisait et elle se montrait très capable. Mais au bout de quelques mois, elle éprouva un violent dégoût de ce métier. Elle ressentait des étouffements, des palpitations, des angoisses, dès qu'il fallait enseigner, l'intelligence se troublait, elle n'avait plus aucune mémoire et ne voyait plus les choses comme elles étaient; des doutes et des scrupules l'assaillaient. Bien plus, la santé physique s'altérait, elle ne pouvait plus dormir, ni digérer, ni même manger. Il fallut changer de situation, elle entra pour enseigner dans un couvent : au début tout est magnifique, au bout d'un temps plus court encore mêmes symptômes, angoisses, amnésies, doutes, mutisme, insomnie, dyspepsie, etc. Elle renonce à l'instruction et apprend le commerce, même aventure au bout de quelques semaines. Puis elle essaye la machine à écrire, le ménage, la couture, etc., en huit ou neuf ans elle a essayé quinze métiers et est entrée au moins dans trente places. Sa tante qui la dirige finit par reconnaître que son instabilité est maladive et nous l'amène.

Vous voyez maintenant l'analogie avec notre homme, il s'agit dans les deux cas d'une aboulie professionnelle avec angoisses, tics, en un mot avec phénomènes de dérivation. Chez la jeune femme l'aboulie ne se manifeste qu'après quelques semaines de travail et l'angoisse plus vague ne s'associe pas avec un objet précis, il y a simplement phobie du métier. Chez le pauvre homme, l'angoisse commence tout de suite, s'associe avec la chaise, instrument du travail et il y a phobie de la chaise. On observera plus souvent la phobie de l'instrument professionnel; nous vous avons montré la phobie du rasoir chez un garçon coiffeur, la phobie des ciseaux chez une ouvrière, la phobie de l'appareil télégraphique chez un employé des postes. Dans des cas curieux la phobie sera tout à fait systématisée, témoin ce jeune docteur que nous avons connu qui avait la phobie des chaises rembourrées et qui ne pouvait s'asseoir que sur des chaises cannées.

Dans d'autres cas l'aboulie ne donne pas uniquement nais-

sance à des phénomènes émotionnels, à des angoisses. Nous avons vu bien des employés de bureau présenter dans ces circonstances des impulsions à la marche dont il ne faut pas faire les fugues ; d'autres avoir des crampes des écrivains, quand leur métier les forçait à écrire ; d'autres avoir des tics des yeux quand leur métier les forçait à lire, un prédicateur avoir des tics de la bouche parce que son métier était de parler. Tous ces troubles, tics, crampes des écrivains, impulsion à la marche, ruminations mentales, comme les angoisses n'étaient que des phénomènes secondaires en rapport avec l'aboulie professionnelle si fréquente chez les psychasthéniques.

Pouvons-nous faire quelque chose pour ce pauvre homme. En général, le traitement de ces malades n'est pas facile et une éducation lente de leur volonté et de leur attention peut seule, dans les cas favorables, relever leur niveau mental et leur rendre quelque volonté active. Mais ici les choses sont plus simples : ce pauvre homme est débilité par la misère. Il est probable que quelques semaines de repos sans la préoccupation de gagner son pain vont lui rendre au moins momentanément quelque énergie et que l'oubli de son métier lui permettra de se reposer sur une chaise.

DEUXIÈME SECTION

LES AGITATIONS ÉMOTIONNELLES DIFFUSES

Cette même agitation diffuse que nous venons de voir sous sa forme motrice se présente plus souvent encore sous une autre forme. L'agitation est alors viscérale et détermine des troubles gastriques, intestinaux, des troubles vaso-moteurs et surtout des troubles cardiaques et respiratoires. Toutes ces modifications viscérales jointes aux sentiments de l'abaissement mental déterminent le sentiment de l'angoisse qui se présente ici sans systématisation, d'une manière diffuse.

Observation 40. — **Angoisse diffuse.** — *Aboulie, congestion par la chaleur, angoisse respiratoire, caractère inférieur de l'émotion de l'angoisse, panophobie.*

Si vous vous rappelez les cas précédents, ceux-ci, croyons-nous, vont devenir plus simples à interpréter. Le malade est un homme de 24 ans, Loq..., qui, depuis six mois, a des angoisses continuelles. Il se plaint de mal respirer, de ressentir des étouffements, des palpitations de cœur, des congestions ou des pâleurs à la face et il dit souffrir cruellement. Voyons dans quelles conditions les accidents sont survenus et en quoi ils consistent précisément.

Les antécédents sont toujours les mêmes, père alcoolique, mère névropathe, enfant sans énergie, sans volonté, sans attention ayant besoin d'être dirigé par tout le monde, très timoré. Cependant il arrivait tant bien que mal à faire un petit métier d'employé. Cet été après un bon déjeuner il est sorti au grand soleil, il a senti le sang lui monter à la tête et il a éprouvé un peu de vertige. D'ailleurs il n'est pas tombé, il est rentré tout seul, très rapidement et il n'a plus ressenti à la suite d'autres malaises; admettons pour lui faire plaisir qu'il ait éprouvé un tout petit début d'insolation. On avait parlé autour de lui de congestions causées par le soleil, il a cru avoir une congestion cérébrale et a été terrifié. On l'a soigné plutôt trop bien et il était évident le

soir même qu'il n'avait rien, il n'en est pas moins vrai que depuis ce moment sa vie a été bouleversée. C'est depuis ce jour qu'il éprouve à chaque instant ces phénomènes d'angoisse.

En quoi consistent ces phénomènes ? En troubles respiratoires, cardiaques et vaso-moteurs ; ce sont, dit-on, les phénomènes essentiels de l'émotion. On en conclut que l'angoisse est le maximum de l'émotion et que c'est une maladie causée par l'émotivité excessive. Sans doute, ce sont des émotions ou du moins des phénomèmes qui font partie de l'émotion. Mais est-ce le maximum de l'émotion ? Faut-il avoir une émotivité très délicate pour en arriver-là ? Ce n'est pas notre avis. L'émotion est puissante quand elle est en accord avec la situation où l'on se trouve placé. Elle est d'autant plus remarquable que cet accord est plus délicat. C'est ainsi qu'il y a des émotions justes causées par les sentiments artistiques, religieux, par les affections de toutes espèces, par les dangers réels. Mais quand une émotion ne renferme que des phénomènes très simples et très grossiers, qu'elle reste invariablement toujours la même, qu'elle n'a aucune relation avec les circonstances environnantes, nous disons que c'est une émotion très grossière et très élémentaire. C'est absolument le cas ici : une respiration saccadée, de la constriction à la gorge, quelques battements de cœur ne rendent pas une émotion précise ; or, c'est ce qui se passe chez lui toute la journée quels que soient les événements. L'angoisse est donc une forme très basse d'émotion causée par une excitation vague des principaux viscères.

A quel propos se produit ces angoisses ? Il nous dit qu'elles se produisent quand il sort au soleil, ce qui semble rappeler l'incident primitif, quand il doit marcher sur des places non abritées. Mais elle se produit aussi quand il veut se moucher, parce qu'il a peur que son nez ne soit bouché, quand il doit manger, parce qu'il a peur d'avaler de travers, etc. En réalité, ce ne sont pas des phobies spéciales, systématisées. C'est une sorte d'angoisse vague, diffuse, que M. Freud, et plus tard MM. Pitres et Régis ont bien décrite sous le nom de maladie de l'angoisse.

La cause principale, ce sont tous les efforts qu'il a à faire, quels qu'ils soient : sortir, travailler, parler, voilà ce qui amène des angoisses qu'il interprète ensuite à sa façon. En même temps que l'angoisse, il y a un second phénomène dont on ne parle pas suffisamment ; c'est la suppression à peu près complète de tous les

actes. Cet homme est complètement aboulique depuis son émotion. Et toutes les fois qu'il essaye de surmonter sa paresse, il a une crise d'angoisse. C'est pourquoi nous vous proposons de considérer ces angoisses diffuses de la même manière que l'agitation motrice du malade précédent. La dérivation ne se fait pas tout à fait de la même manière, elle est viscérale plutôt que musculaire, mais c'est encore un phénomène de dérivation en relation étroite avec l'abaissement de la tension nerveuse déterminée par la première émotion.

Observation 41. — **Angoisse diffuse.** — *Émotivité, émotion après l'accouchement, abaissement du niveau mental, angoisse perpétuelle, agitation, indifférence réelle, panophobie, action du bromure.*

Cette malade, Cs..., âgée de 38 ans, est un type remarquable de la névrose d'angoisse sous forme diffuse. La maladie que nous avons déjà suivie depuis longtemps nous a causé bien des embarras. C'est un genre de malades à bien connaître, car il nous semble constituer un intermédiaire intéressant entre les abouliques et les obsédés.

Nous ne pouvons parler des antécédents héréditaires qui sont mal connus, remarquons seulement que Cs... est israélite, et vous savez notre opinion sur la prédisposition de cette race. Dans sa jeunesse, elle était déjà facilement impressionnable, c'est-à-dire que souvent, des phénomènes d'émotion simple venaient la gêner dans l'accomplissement d'une action. Elle fut, par exemple, très timide. Au moment d'accomplir les actes sociaux qui sont, comme nous le savons, les plus difficiles, elle avait des étouffements, des battements de cœur et ne parvenait pas à dire ou à faire ce qu'elle voulait. Cependant, ces troubles étaient considérés comme peu graves, et elle resta simplement impressionnable jusqu'à l'âge de 30 ans. A 31 ans, elle venait d'avoir son troisième enfant ; elle se remettait d'un accouchement pénible qui avait eu lieu deux jours auparavant, quand la garde commit une sottise invraisemblable. Elle se mit à pousser des cris en regardant l'enfant et à dire tout haut : « Mais, madame, il me semble qu'il ne respire pas, est-ce qu'il n'est pas mort ? » Inutile de dire que l'enfant dormait tranquillement, et qu'il se mit à hurler quand la mère le saisit violemment. C'est celle-ci qui fut bouleversée, elle

sentit un changement dans tout son être qu'elle ne peut pas expliquer.

Tous ces malades disent à ce propos qu'ils ont senti un coup dans la tête, surtout à la région postérieure. Rappelez-vous que nous retrouvons la même phrase exactement, chez des malades qui ont commencé des fugues hystériques ou qui entrent en état second. Il y a certainement là un grand bouleversement cérébral à propos duquel il est vraiment étonnant de constater notre profonde ignorance. Il est probable que la sensation est en rapport avec une modification de la pression du liquide céphalo-rachidien, car tous les maux de tête en dépendent probablement. Mais cette modification est secondaire, probablement à un trouble circulatoire. Celui-ci lui-même ne survient pas sans raison et dépend d'une excitation nerveuse. Nous en revenons donc à la fin, à une modification subite de la dynamique cellulaire sur laquelle nous avouons notre ignorance complète. Le seul fait que nous sachions aujourd'hui, c'est le résultat psychologique que nous traduisons par ces mots maintenant compris de vous : Il y a un subit abaissement de la tension psychologique, un abaissement du niveau mental. Dans certains cas que nous reverrons, l'abaissement se manifeste par la désagrégation mentale, l'amnésie rétrograde et continue, etc. Chez les psychasthéniques l'abaissement se manifeste par ce gros fait, c'est que les phénomènes supérieurs de l'esprit, les fonctions du réel disparaissent et que subsistent seuls des phénomènes plus élémentaires qui sont ici les phénomènes simples, les angoisses.

Cette femme resta pendant des mois dans un état épouvantable sans cesse angoissée, gémissante et incapable de s'occuper d'autre chose. Elle guérit cependant peu à peu, surtout par le rétablissement de la santé quelques mois après l'accouchement. Un an après, pour quelques douleurs qu'elle ressent, elle va consulter son médecin, et celui-ci lui demande innocemment de faire analyser son urine. « Pourquoi donc, demande-t-elle, déjà effrayée. — Je voudrais savoir s'il n'y a pas un peu d'albumine. » Ce mot qui lui rappelait vaguement la maladie d'une voisine produisit le même effet néfaste que la phrase de la bonne : douleurs de tête, trouble général, angoisses. Elle put à peine rentrer chez elle, et depuis voici toute la maladie qui a recommencé.

Voyons l'état dans lequel elle se trouve. La maladie semble procéder par petits accès. Elle n'est pas continue, la malade est souvent

fort calme, elle ne dort pas trop mal la nuit, quoiqu'elle vous dise le contraire, elle mange suffisamment, et quoiqu'elle ait les troubles digestifs des neurasthéniques, elle digère à peu près. De temps en temps, vous la trouverez faisant avec sa garde une petite partie de dames ou de dominos avec l'aspect le plus innocent du monde. Mais par intervalles, la scène change : une dizaine de fois par jour, à des occasions sur lesquelles nous reviendrons, vous voyez cette femme très agitée, elle ne peut plus rester en place, elle gesticule et frappe les meubles. En même temps, elle a la figure rouge et semble respirer avec peine, elle est haletante, le cœur bat violemment. Mais surtout à ces symptômes physiques s'ajoutent des souffrances internes. La malade gémit constamment : « Ah ! que j'ai mal à la tête, en arrière, aux tempes, que j'ai mal à mon cou, à la gorge, à mon estomac, à mon cœur, à mon ventre. Je suis perdue, je ne guérirai jamais, je vais mourir, venez à mon secours, etc. » Ces jérémiades et ces hurlements ne sont calmés par rien au monde. Ils sont aigus à ameuter une maison, et ils se prolongent très bien deux ou trois heures. Puis la malade se calme graduellement, ne se préoccupe pas de ce qui s'est passé, ni de la fatigue des assistants. Elle reste bien tranquille quoiqu'elle se souvienne de tout et dans une demi-heure elle va recommencer. Voici la vie qu'elle mène et qu'elle fait mener aux siens depuis plusieurs années.

Ces crises que nous connaissons déjà sont appelées des crises d'angoisse ; nous avons déjà vu leur nature ; notez qu'ici l'excitation viscérale se combine avec l'excitation musculaire et que ce sont des crises d'agitation autant que d'angoisse. Nous vous faisons remarquer qu'il y a aussi, au moins en germe, de l'agitation intellectuelle. Elle parle incessamment, radote toujours les mêmes idées, imagine une foule de choses terribles. Elle voit son enterrement et ses enfants en deuil, etc.

A quel propos se produisent ces crises ? Si on en croit le malade, c'est parce que les assistants n'ont pas assez égard à son tempérament émotif, et lui disent des mots qui la révolutionnent. Il ne faut pas qu'on parle devant elle de maladie. Le mot « neurasthénique » amènerait une crise terrible ; bien entendu, il ne faut pas qu'on parle d'urine, ni d'analyse quelconque. Dernièrement elle prétend avoir été malade parce qu'en se promenant elle a vu une dame tirer de sa poche une bouteille de pharmacie. Il semble donc que les crises soient déterminées par association

d'idées et en particulier par association d'idées avec la pensée des maladies. Elle semble être surtout *nosophobe*.

Mais, à notre avis, ce n'est pas absolument juste. C'est elle qui explique les choses comme cela et qui attribue ces crises à des paroles prononcées devant elle. En réalité, elle a souvent ses crises d'angoisse sans qu'on ait rien dit, parce que sa garde lui déplaît ou pour n'importe quel prétexte. Ce qui nous frappe le plus, c'est que c'est elle-même qui, au commencement de ses crises, va provoquer ces conversations soi-disant émotionnantes. Nous avons défendu qu'on lui parlât de maladies : quand elle va avoir une crise et qu'elle commence à s'agiter, ce qu'on remarque très bien, c'est elle qui va interroger les personnes, leur demande des nouvelles de leur santé et les force à parler de neurasthénie. En un mot, ces conversations ne sont qu'une interprétation que la malade donne de la crise et celle-ci qui existe déjà quand les conversations ont lieu.

Quelles sont donc les conditions réelles d'apparition de ces crises d'angoisses ?

1° Tous les efforts volontaires. Demandez-lui de prendre une petite décision, demandez-lui surtout de faire une chose qui lui soit un peu désagréable, et vous provoquerez certainement une crise qu'elle interprétera en disant que vous avez eu tort de lui parler de maladies. On a remarqué dans sa famille que sous prétexte d'éviter les crises elle ne fait absolument plus rien depuis qu'elle est malade, tandis qu'elle était auparavant très active.

2° Tous les efforts d'attention. Elle a des crises si elle veut écrire une lettre ou en lire une, si elle fait un effort pour vous écouter, pour vous comprendre, surtout si elle fait un effort pour croire ce que vous lui dites.

3° A l'occasion de toutes les petites émotions, mêmes très étrangères à la peur des maladies. Ainsi elle rencontre dans la rue une personne de ses amies, cette petite émotion plutôt agréable amène une crise d'angoisse. Elle a peur d'une voiture, cela amène également une crise d'angoisse. Dernièrement elle a eu une crise violente et très longue parce que à la suite d'une lettre envoyée par le mari se trouvait une page de « bâtons » faite par son dernier enfant qui a quatre ans. Elle a encore accusé la garde de lui avoir parlé de neurasthénie, mais il est bien évident que la cause véritable a été le début de l'émotion déterminée par la vue de cette écriture enfantine.

En un mot, la crise d'angoisse se produit à l'occasion des actes, des attentions et des émotions présentes. Non seulement elle se produit à cette occasion, mais elle remplace les phénomènes qui devraient normalement se développer à ce moment. L'angoisse remplace l'acte qui n'est pas fait : la malade est devenue indignement paresseuse. Elle remplace l'attention, Cs... ne comprend plus rien, mais ce qui est plus curieux, elle remplace l'émotion elle-même.

Ici, Messieurs, nous vous prions de nous accorder quelque attention, car il y a, à notre avis, un malentendu quand on parle de ces malades. Cs... est pour tout le monde le type d'une personne horriblement émotionnable. Cette appréciation générale et superficielle est-elle psychologiquement et cliniquement juste ? En rencontrant son amie dans la rue, une personne sensible et émotive aurait une émotion spéciale faite de surprise et de joie; en voyant la première écriture de son enfant, une mère a un sentiment d'attendrissement, d'amour et de fierté. Cs... remarque elle-même que dans ces deux cas elle n'a pas pu avoir ni surprise, ni joie, ni amour, puisqu'elle a eu à la place de tout cela son angoisse ordinaire, c'est-à-dire son émotion vulgaire et banale faite d'agitation, d'étouffements et de cris sur sa mort prochaine. Détail intime : cette femme était autrefois génitalement très excitable, elle a revu son mari récemment qui a essayé d'avoir des rapports avec elle. Ceux-ci n'ont pu être normaux, car ils ont été interrompus par une crise d'angoisse. Cs... nous avoue à ce propos qu'il en est toujours ainsi depuis qu'elle est malade et que l'émotion spéciale ne se produit plus jamais chez elle, car l'autre s'y substitue. Il en résulte donc une chose bizarre : c'est que nous avons aussi bien le droit de dire qu'elle est apathique, inémotionnable, au lieu de la considérer comme une émotive, puisqu'elle n'arrive plus à aucune des émotions normales.

La conciliation se trouve dans cette idée que les émotions des rapports sexuels, du plaisir de la rencontre, de l'amour maternel, etc., sont des émotions précises, en rapport avec la réalité présente, et qu'elles se rapprochent des phénomènes supérieurs d'attention, de croyance et de volonté. Ces phénomènes supérieurs sont disparus et à leur place se développent ces phénomènes inférieurs que nous pouvons appeler des dérivations et qui prennent ici la forme d'angoisse.

Une remarque assez importante à propos du traitement, c'est

que le bromure semble avoir chez elle une action très nette. Il diminue considérablement ces phénomènes de dérivation, mais à la condition d'être pris à haute dose, 6, 7 et 8 grammes, comme dans l'épilepsie. Nous avions constaté que l'agitation augmentait énormément quand nous réduisions le bromure à 2 grammes par exemple. Nous nous sommes demandé s'il n'y avait pas là un phénomène d'autosuggestion, car la malade paraît tenir au médicament. Dans des potions dissimulées, avec du sirop d'écorce d'orange amère, nous avons fait varier à son insu la dose de bromure et nous avons constaté une différence très nette suivant que la dose était élevée ou insuffisante.

Cette malade curieuse est restée longtemps, dix-huit mois, dans le service. Nous avions réussi à améliorer son état, d'un côté avec le bromure, qui diminuait les réactions angoissantes, de l'autre avec les toniques, les injections de sérum de Chéron, qui, nous l'espérions, pouvaient remonter sa tension nerveuse. Nous nous sommes bien trouvés de la forcer graduellement à de petits exercices d'attention qu'elle devait faire en reculant la crise le plus possible. La malade nous a quittés non sans peine, car elle ne tolérait pas de changement de situation et s'angoissait à la pensée de rentrer chez elle. Nous avons continué à avoir de ses nouvelles : l'amélioration a été graduelle, mais cinq ans après le début elle n'est pas encore complètement guérie. C'est encore une aboulique qui n'a point repris son métier ni ses occupations antérieures. Elle a encore très souvent ses crises de gémissements à propos de n'importe quelle petite émotion. C'est là, comme vous le voyez, une forme très grave et très curieuse des états psychasthéniques.

Observation 42. — **Angoisse diffuse.** — *Mère autoritaire, timidité, besoin de direction, besoin d'être aimé, émotion, aboulie, agitation mentale, agitation motrice, comparaison avec les crises d'hystérie, agitation émotionnelle.*

Cette femme, Ku..., âgée de 37 ans, présente un état tout à fait comparable à celui de la précédente, aussi suffit-il de les rapprocher et nous n'insisterons que sur quelques détails particuliers et instructifs. Nous avons peu de renseignements sur les antécédents héréditaires : les parents semblent de braves paysans peu

instruits, le père ne buvait pas, la mère prétend avoir été autrefois pendant sept mois dans un état analogue à celui où est sa fille en ce moment. En outre la mère avait un caractère singulier, très exigeant et très autoritaire. Nous sommes arrivés à une opinion qui va vous paraître bizarre, mais qui se justifiera, nous l'espérons, par d'autres observations, c'est que le caractère autoritaire n'est qu'une forme du caractère aboulique. Les autoritaires ne tolèrent pas le changement autour d'eux, ils ont besoin que tout le monde autour d'eux adopte leurs idées, leurs manies, et ils sont malheureux de la moindre diversité parce qu'ils n'ont pas la force d'agir, ni de croire, au milieu de la diversité. C'est ainsi que nous expliquons un fait qui au début ne laissait pas de nous embarrasser l'alternance dans les mêmes familles de personnes autoritaires et de vrais abouliques : le trouble psychologique est le même dans les deux cas.

La malade a toujours eu depuis son enfance un caractère spécial sur lequel nous voulons appeler votre attention, d'abord parce qu'il est une forme curieuse de l'aboulie fondamentale, ensuite parce qu'il permet de comprendre le développement de la maladie actuelle.

Ku... a toujours eu ce que l'on pourrait appeler la manie de la sympathie. Expliquons-nous, elle a toujours eu un besoin exagéré de sentir la sympathie autour d'elle, il lui fallait se sentir aimée par toutes les personnes qui l'approchaient. Au moindre soupçon qu'une personne pouvait ne pas avoir une grande affection pour elle, elle était au désespoir et ne retrouvait le calme qu'au moment où à force d'excuses ou d'amabilités elle avait ramené cette personne à de meilleurs sentiments à son égard. Il fallait que tous ses parents, tous ses voisins, aient toujours en la voyant un visage souriant, des manières affables et lui témoignent une grande affection. Au milieu de ces témoignages d'affection qu'elle exigeait par tous les moyens, elle s'épanouissait, elle était heureuse, elle pouvait parler et agir. Un visage mécontent ou simplement froid et indifférent déterminait un véritable supplice, lui enlevait toutes ses forces, toute sa décision ; elle restait comme sidérée devant cette marque d'indifférence et ne pouvait plus ni parler ni agir. Pour obtenir cette sympathie universelle, il n'était pas de sacrifices qu'elle ne fît elle-même : toujours aimable et caressante, elle avait la terreur de blesser quelqu'un, elle poussait l'honnêteté jusqu'à la folie et elle

sacrifiait son intérêt plutôt que de s'exposer à s'aliéner quelqu'un.

Certaines catégories de personnes avec lesquelles il est difficile d'entretenir toujours des relations parfaites, les domestiques et les concierges, avaient le privilège de la tourmenter beaucoup. Ku... se résignait difficilement à garder une domestique chez elle et aurait préféré s'en passer. Quand elle en avait une, elle la comblait de prévenance et n'osait rien lui commander de peur de la froisser. Le mari devait se charger de faire à la bonne les réclamations ou les reproches; « elle n'aurait pas pu continuer à vivre dans l'appartement avec la bonne si elle lui avait fait elle-même un reproche, cette bonne n'aurait qu'à lui en vouloir ». Elle faisait une cour assidue à son concierge, « car, disait-elle, j'aurais préféré déménager tout de suite, quoi qu'il dût m'en coûter, plutôt que de sentir que mon concierge pouvait m'en vouloir ». Elle se préoccupait de ses voisins : « je n'aurais plus pu me mettre à la fenêtre si un de mes voisins eût été fâché contre moi ». Un jour elle reçut quelques reproches du gardien d'un petit square près de son habitation, parce que son petit chien avait marché sur les plates-bandes : elle en fut au désespoir et força son mari à déménager pour ne plus habiter le même quartier et ne plus être exposée à rencontrer ce gardien. Ne soyez pas surpris de nous entendre insister ainsi sur ce caractère, il joue dans la vie un plus grand rôle qu'on ne croit et les aliénistes devraient bien le connaître, car il est la source de bien des maladies mentales, de bien des phobies, sans compter peut-être le délire de persécution.

Ce caractère se rapproche du besoin de direction que nous vous avons souvent décrit, mais il n'est pas tout à fait identique. Ce besoin de sympathie se rattache à la crainte de la lutte qui préoccupe constamment ces individus faibles de décision. Ces individus au niveau psychologique bas, peu en rapport avec le réel, ont de la peine, disions-nous souvent, à s'adapter aux circonstances extérieures. Mais, parmi ces circonstances du milieu extérieur, celles qu'ils redoutent le plus ce sont celles qui dépendent des hommes. S'adapter au milieu social, c'est l'œuvre la plus difficile et pour eux la plus fatigante. Aussi ce que souhaitent nos abouliques c'est un milieu social où il n'y ait jamais « d'affaires », un milieu social invariable où tous les hommes, toutes les pensées, tous les sentiments gravitent autour d'eux, s'accordent avec eux, favorisent leur propre développement si difficile et ne leur présentent jamais d'obstacles. Tantôt ils cherchent à obtenir ce milieu en se mon-

trant autoritaires et méchants, en supprimant de leurs relations tout ce qui pourrait résister, tantôt ils cherchent à obtenir ce même milieu par la douceur, l'honnêteté extrême, l'humilité.

Grâce à toutes ces précautions, Ku... vivait à peu près tranquille quand survint il y a dix-huit mois l'incident qui a bouleversé sa vie et dont vous n'auriez pas pu comprendre la singulière importance sans nos remarques précédentes sur le caractère de la malade. Un jeune homme, un étudiant qui habitait de l'autre côté de la rue étroite, fut arrêté sous inculpation d'outrages à la pudeur parce qu'il aurait fait de ses fenêtres une pantomime peu convenable. Ce garçon se défendit de son mieux et appela ses voisins en témoignage de l'innocence de ses gestes. Il fit surtout appel à Ku..., « une brave dame, disait-il, toujours à sa fenêtre en face de lui, et qui aurait vu mieux que personne s'il y avait dans son attitude quelque chose d'inconvenant ». Le commissaire de police envoya un agent interroger Ku.... Par malheur, le mari était absent quand l'agent entra et la pauvre femme fut suffoquée de cette interpellation. Elle balbutia une réponse quelconque, elle dit qu'elle n'avait rien remarqué de répréhensible, ce qui d'ailleurs était vrai ; on se contenta de sa réponse et cette minuscule affaire n'alla pas plus loin.

Ku..., émotionnée, tremblante, pendant cette visite d'un agent de police chez elle, se sentit toute changée et ne put pas reprendre son équilibre après son départ : « quelque chose, dit-elle, s'était dérangé dans sa tête » ; elle entra tout de suite dans ce que nous appellerons une première période de sa maladie et qui va durer trois mois. Voici son état pendant cette première période : elle se sent relativement calme, trop calme même, car elle ne s'intéresse plus à rien, « elle n'aime plus son enfant, ni son mari » et, détail que nous vous faisons remarquer chemin faisant, elle n'a plus de désirs génitaux comme auparavant, elle est devenue étonnamment froide. Elle reste complètement immobile sur sa chaise, ne travaille plus, « n'a plus le courage de s'occuper du ménage..., elle ne peut plus non plus se décider à manger ou à boire ; d'abord parce qu'elle n'a plus ni faim, ni soif, ensuite parce que c'est toute une affaire de se mettre à manger ». Bien mieux, et nous insistons sur ce détail qui va devenir important dans d'autres cas, elle est aussi incapable de dormir, « elle ne peut plus se décider à se coucher et dans son lit elle ne sait pas si elle veut dormir, elle ne sait plus s'y prendre pour dormir ». En un mot la voici dans

l'inertie la plus complète, tout à fait en dehors du réel, son aboulie a considérablement augmenté et on peut dire dans notre langage convenu qu'il y a eu chez elle un abaissement énorme du niveau mental.

En même temps se présente chez cette malade un phénomène très remarquable, qui contraste d'une façon curieuse avec cette inertie, c'est une énorme agitation mentale ; « ma tête travaillait comme jamais elle n'avait fait auparavant, les pensées roulaient les unes sur les autres sans jamais s'arrêter, on dirait que quelque chose bouillait dans ma tête ». Ces pensées n'étaient pas toujours du même ordre et il n'y avait pas encore chez elle, comme nous le verrons si souvent chez d'autres sujets, des ruminations à forme bien systématisée, mais cependant les méditations roulaient sur quelques sujets de préférence. C'était d'abord une interrogation sur ce grave problème : « faut-il oui ou non révéler au mari la visite de l'agent et la part qu'elle a prise bien malgré elle dans le procès ? Si le mari sait qu'elle a défendu ce jeune homme, ne va-t-il pas croire qu'elle est alliée avec lui, qu'elle est sa complice et ne cessera-t-il pas de l'aimer ? Si elle ne le lui dit pas, est-ce qu'elle ne trahit pas sa confiance ? Il ne voudra plus s'occuper d'elle, il ne voudra plus la diriger ; d'ailleurs est-ce qu'il ne commence pas déjà à l'abandonner ? Il reste trop longtemps au bureau, il reste trop peu de temps aux repas, ce n'est pas comme cela qu'on est avec une femme aimée. Ce jeune homme était un viveur sans doute, mais au moins il donnait plus de temps à ses maîtresses, il valait peut-être mieux que son mari. Est-ce qu'elle aimait réellement ce jeune homme ? L'émotion que lui causait dans la rue la vue d'un chapeau rond et d'un pardessus marron ressemblant à son costume était-elle de la crainte ou de l'amour ? » A côté de ces interrogations, elle développait dans son imagination le procès probable et ses conséquences : « Elle serait appelée comme témoin, il lui faudrait défendre en public son voisin, son complice ou son amant : lequel était-il en réalité ? Elle finissait par ne plus le savoir. Elle imaginait les conséquences de ce procès dans le quartier. Que diraient les commères quand elles sauraient la part que Ku... avait prise à cette triste affaire ? Pourrait-elle rester dans le quartier au milieu de l'hostilité générale, il faudrait encore déménager, et où aller ? Le mari qui ne voulait pas s'éloigner de son bureau, comment le décider à partir loin, très loin,

en Amérique par exemple, voilà qui serait bien difficile, etc... » On voit que ces ruminations ne sont que vaguement systématisées, elles passent d'un sujet à l'autre avec facilité, il n'y a encore qu'une énorme agitation mentale. Cette agitation mentale ne porte pas sur des résolutions réelles, mais sur des constructions parfaitement imaginaires, c'est-à-dire sur des phénomènes psychologiquement inférieurs, elle se développe parallèlement à l'inertie et à la perte des fonctions du réel, c'est pourquoi nous l'appelons un phénomène de dérivation.

On pourrait se demander : est-ce l'agitation mentale qui produit l'aboulie, ou est-ce l'aboulie qui produit l'agitation mentale ? Quoique la première réponse nous paraisse plus juste, nous dirons qu'il est inutile d'insister ici sur ce problème, car les deux phénomènes dépendent tous les deux l'un de l'autre, ils sont tous deux des manifestations de l'abaissement de la tension mentale qui amène à la fois la disparition des phénomènes supérieurs et l'exagération des inférieurs.

Quoi qu'il en soit, après trois mois de ces ruminations silencieuses, la scène change et nous entrons dans la deuxième période. Ku... ne peut plus retenir son esprit agité, et elle éprouve le besoin de dire tout haut ce qui la tourmente. La voici qui raconte l'histoire à son mari, à sa concierge, à ses voisines, à tout le monde. Elle se laisse aller à crier qu'elle est très malheureuse ; elle pleure, elle hurle et se roule sur son lit en d'interminables contorsions : c'est la période de l'agitation motrice. Cette agitation n'est pas continuelle, mais se présente par crises durant plusieurs heures ou même durant des nuits entières. Les grandes contorsions étaient parfois remplacées par des tremblements et des claquements de dents ou par des cris et des bavardages plus ou moins incohérents : elle répétait surtout qu'elle fatiguait tout le monde, qu'on l'abandonnait, qu'elle ne guérirait jamais, etc. Deux médecins qui l'examinèrent à ce moment diagnostiquèrent des crises d'hystérie. Nous devons nous arrêter un peu sur ce diagnostic ; il est important parce qu'il est très souvent répété à propos d'agitations de ce genre. On attribue presque toujours ces crises à l'hystérie, et il en résulte que l'on considère bien les psychasthéniques comme susceptibles de présenter des crises d'angoisse, mais que l'on ne décrit pas chez eux ces crises purement motrices indépendantes des émotions proprement dites et de l'angoisse. Nous pensons que ces crises de Ku... ne sont pas

des crises d'hystérie : jamais elle n'a eu de perte de conscience ou de perte de mémoire, c'est-à-dire qu'il n'y a jamais eu la division, l'alternance de conscience, qui caractérise les attaques comme les somnambulismes hystériques, jamais le délire n'a été complet, jamais il n'y a eu de véritables hallucinations. Ces agitations à moitié volontaires, à moitié involontaires, avec sentiment de ne pouvoir s'arrêter rentrent dans la catégorie des phénomènes dits irrésistibles des obsédés. Elles remplacent très nettement ici les agitations mentales qui s'étaient prolongées silencieusement pendant trois mois. A notre avis, elles doivent avoir la même interprétation et doivent être considérées comme des phénomènes de dérivation en rapport avec l'aboulie ou mieux avec le défaut de tension psychologique qui supprimait les phénomènes d'attention et de volonté.

Ces crises furent soignées de bien des manières ; elles diminuèrent sous l'influence des piqûres de morphine, c'est là un fait sur lequel nous reviendrons. Elles furent diminuées également par l'influence d'un ami qui essaya d'hypnotiser la malade. Il ne réussit en aucune manière à déterminer le sommeil hypnotique (ce qui confirme notre opinion sur l'absence d'hystérie dans ce cas), mais il calma la malade en s'occupant d'elle, en la consolant et ces sujets ont surtout besoin de direction. Quand cet ami se fatigua de ces séances incomplètes et sans sommeil, les crises recommencèrent de plus belle. Ces crises furent aussi diminuées par un séjour de quelque temps à la campagne avec des parents qui s'efforcèrent de distraire la malade, le changement et la distraction faisant remonter le niveau mental. Mais, à son retour chez elle, les crises grandirent de nouveau, et cette fois avec une forme un peu différente qui constitue ce que nous pouvons appeler la troisième période de la maladie.

Les crises sont bien plus douloureuses, dit la malade, parce qu'elles sont devenues internes : cela signifie dans son langage qu'il y a beaucoup moins de mouvements convulsifs des membres, beaucoup moins de cris et de gesticulations, mais que ces mouvements extérieurs sont remplacés par des phénomènes viscéraux. La malade a des spasmes dans l'estomac et dans le ventre, qui sont particulièrement curieux parce qu'ils sont visibles. On observe en effet, une très singulière trémulation du ventre ; la respiration ne semble pas se faire par un seul mouvement net du diaphragme, mais par une série de petites secousses ; c'est comme

un tremblement perpétuel du diaphragme et nous regrettons bien de n'avoir pu prendre le graphique respiratoire de cette malade. A côté de ces spasmes respiratoires, l'épigastre, l'abdomen, l'estomac et probablement aussi l'intestin ont des secousses, des spasmes que l'on sent à travers de la peau. Tous ces spasmes troublent complètemeut la digestion ; tantôt ils amènent des vomissements, tantôt des crises de diarrhées, et la malade a sans cesse des nausées qui n'aboutissent pas toujours à un vomissement réel ; la langue est saburrale, l'alimentation difficile, et la malade maigrit plus que pendant les périodes précédentes.

Le cœur semble être peu troublé, il bat à 75 par minute et a une tension qui nous a paru être dans plusieurs mesures 14,15, 15,16, en moyenne 15. L'angoisse est surtout ici respiratoire et intestinale. Naturellement ces phénomènes viscéraux s'accompagnent d'un sentiment énorme d'angoisse : « J'ai une angoisse terrible et je n'ai rien qui puisse me l'expliquer, c'est comme si on me ramenait mon mari mort, je suis toujours comme sous l'influence d'un grand malheur. » Ces angoisses surviennent très fréquemment dix ou quinze fois dans une journée, par crises plus ou moins longues, à propos de tous les incidents possibles. On peut dire que la malade a peur de tout, des chapeaux, des costumes d'hommes parce qu'ils font penser au personnage du début, des infirmières parce qu'elles font penser aux cancanages des voisines, du mari parce qu'elle a peur de n'être plus aimée par lui, etc., etc. A l'en croire, c'est toujours la faute des personnes environnantes qui détermine une émotion. On pourrait appliquer ici les théories émotionnelles et dire que les crises d'angoisse se produisent parce qu'elle est émotionnée, mais nous venons de voir deux périodes différentes dans lesquelles il n'y avait pas d'angoisse et dans lesquelles les crises se produisaient tout de même. Nous avons admis que les crises étaient alors des dérivations de l'activité nerveuse qui se produisaient au moment d'accomplir un acte, de comprendre quelque chose ou de ressentir une émotion avec plus de précision. Il doit en être de même pour les troisièmes sortes de crises, la dérivation est simplement viscérale au lieu d'être musculaire comme dans la seconde période, ou mentale comme la première.

Nous avons insisté longuement sur cette observation très instructive qui nous montre réunies chez le même sujet les trois formes de dérivation et d'agitation diffuses. Il est aussi curieux de

remarquer que la maladie a commencé par être mentale avant d'arriver à l'angoisse; il est vrai qu'il ne s'agissait que d'agitation mentale, car les idées obsédantes proprement dites suivent, comme nous le verrons, l'angoisse et ne la précèdent pas. Il faut aussi remarquer le caractère antérieur de la malade, son aboulie, son besoin de sympathie universelle, qui sont, bien plus que de l'émotivité, le point de départ de la maladie.

Nous avons dû isoler cette malade, ce que nous ne faisons que rarement pour les psychasthéniques, car elle n'était plus tolérable dans sa famille : l'hydrothérapie, le bromure, des injections de sérum suivant la formule de Chéron et un traitement de l'attention ont eu quelques heureux effets. Mais nous devons avouer que le résultat, après cinq mois de traitement, est loin d'être complet, elle reste encore une émotive et une agitée; il est bien probable qu'au premier incident, elle va nous revenir avec une phobie plus ou moins systématisée. On pourra dire alors, avec juste raison, que cette phobie prend naissance sur un caractère émotif, mais nous qui avons assisté aux premiers débuts, nous savons que ce caractère émotif et angoissé n'est pas primitif et nous avons vu comment il est sorti de l'aboulie primitive.

Observation 43. — **Angoisses diffuses.** — *Fatigues, choc émotionnel, angoisses, spasmes de l'estomac, sueurs, sentiment de mort.*

Les détails donnés dans l'observation précédente nous permettent d'être plus brefs dans celle-ci, puisqu'il s'agit de phénomènes du même genre. Cette femme de 30 ans, Jo..., sans antécédents héréditaires bien nets, a été épuisée par cinq grossesses successives presque sans intervalles ; un choc émotionnel est venu compléter la dépression nerveuse. Un petit garçon qu'on lui avait confié est parti avec d'autres pour aller aux bains froids ; pendant son absence, Jo... a cru entendre dire dans la cour que l'un de ces enfants s'était noyé, elle est restée pendant deux heures à l'attendre avec la plus grande terreur. Le retour de l'enfant bien tranquille n'a pas réussi à la calmer : au lieu de se préoccuper de la mort de l'enfant elle s'est à mise à se préoccuper de sa propre mort, car elle se trouve, dit-elle, dans un état anormal qui justifie toutes les appréhensions.

Elle prétend éprouver à chaque instant un grand saisissement « qui lui tient tout le corps et surtout serre sa poitrine comme dans un étau. Il y a quelque chose dans son estomac qui lui fait peur ; c'est comme s'il y avait quelque chose qui remue dans l'estomac, une pelote de vers qui serait placée à gauche sous les fausses côtes. Ces spasmes sont accompagnés de grandes sueurs aux mains et aux pieds, qui se prolongent pendant plusieurs heures. En même temps elle éprouve des sentiments vagues comme si elle avait oublié quelque chose, elle ne sait pas quoi, ou bien une appréhension de quelque chose, ce qui l'amène à croire qu'elle a le pressentiment de sa mort. De tels saisissements recommencent dix fois par jour à propos de la moindre occasion ; pour éviter de les provoquer, dit-elle, elle ne veut plus rien faire, elle reste comme elle le dit elle-même « à rêver sans dormir ».

Dans tous ces cas, il est intéressant de rappeler que l'examen objectif ne nous apprend pas grand'chose : quelquefois, mais rarement on constate de visu les spasmes abdominaux comme chez Ku..., mais le plus souvent on ne les voit pas. On ne trouve pas de traces de contractures; on n'observe pas d'anesthésie; les pratiques hypnotiques et la suggestion ne donnent pas de résultats intéressants.

Observations 44 et 45. — **Angoisse hystérique et angoisse psychasthénique.** — *Antécédents, émotion, troubles respiratoires, anesthésies, timidités, peur de la rougeur, peur des convulsions de la figure, angoisses diffuses.*

Nous voudrions vous présenter simultanément ces deux malades, afin de comparer chez eux les modifications d'un même symptôme, dont l'étude est aujourd'hui tout à fait à l'ordre du jour.

Ce pauvre homme, âgé de 23 ans, Bt..., se plaint d'éprouver constamment un sentiment de resserrement à la poitrine et à l'estomac, avec gêne de la respiration et du cœur avec un sentiment d'émotion pénible analogue à la peur. C'est ce qu'on appelle de l'angoisse. Chez lui l'angoisse est à peu près continuelle à un degré faible ; elle s'aggrave après le repas et aussi à l'occasion de la plus petite émotion. Si on adopte les expressions proposées par

Freud, expressions qui se bornent d'ailleurs à émettre au premier rang le symptôme, c'est un cas de la *névrose d'angoisse*. (Angstneurose).

Cette dame, âgée de 33 ans, Ul..., se plaint d'avoir des vertiges, surtout quand elle entre devant nous. « Quelque chose, dit-elle, la serre à la gorge, elle est sur le point de crier, elle a un gros poids sur la poitrine, elle étouffe, elle a la poitrine serrée, et elle sent une émotion de peur très forte, c'est comme si elle craignait d'avoir un accès d'épilepsie, de devenir folle, d'avoir des convulsions dans la figure si elle lève les yeux, etc. » Avec d'autres expressions et plus de bavardages, c'est le même tableau : gêne de la respiration, palpitation, émotion, c'est encore l'angoisse, et si l'on veut, c'est encore la névrose d'angoisse.

Eh bien, est-ce la même angoisse chez les deux malades, est-ce une seule et unique maladie? Ce diagnostic clinique n'est pas sans intérêt pour la discussion de cette nouvelle maladie la névrose d'angoisse.

Voyons d'abord ce garçon : c'est le fils d'une femme très nerveuse; il a lui-même toujours été très nerveux, il a eu des cauchemars étant jeune, puis de véritables accès de somnambulisme la nuit, mais pas d'idées fixes à forme de scrupule. Il y a un an, il lui est arrivé une singulière aventure, plutôt désagréable. Il a eu la corvée de dépendre un pendu : un de ses voisins s'était suicidé, il a dû détacher le cadavre. Ce n'était pas gai, et il a eu une forte émotion. Cependant il s'est assez bien calmé. Six mois après, retour curieux de l'émotion. En rentrant dans un jardin, le soir, il vit un tablier pendu aux branches d'un arbre et cette vue éveilla l'image du pendu, sa silhouette. Il ressentit aussitôt, et plus fort que la première fois, une constriction à la poitrine, une gêne à l'estomac et au ventre, et depuis, ce sentiment a persisté.

Actuellement, la gêne est surtout physique; il sent une douleur à l'épigastre, le moral est peu atteint, il se rend compte que s'il fallait dépendre encore un désespéré cela lui serait infiniment plus désagréable que la première fois, mais il ne rêve pas consciemment au pendu, il n'a pas du tout l'idée de se pendre et en dehors de cette souffrance localisée il n'a pas de troubles mentaux.

L'examen actuel du malade est intéressant. On constate non pas l'anesthésie complète mais une véritable analgésie sur tout le

côté gauche. La région de l'estomac surtout est plus complètement anesthésique et ne sent pas plus le contact que la douleur ; enfin, ce qui est plus net encore, il y a de la contracture permanente des muscles droits de l'abdomen, des muscles intercostaux inférieurs et probablement un peu du diaphragme, comme nous l'avons vu si souvent dans ces cas. Il y a donc des troubles objectifs et la pathogénie de l'accident se comprend assez bien. Cet individu névropathe qui a déjà eu des somnambulismes a été frappé par une première émotion quand il a décroché son pendu ; il a eu de l'affaiblissement mental, de la disposition à la désagrégation ou si vous préférez à la séparation des centres corticaux. Une nouvelle émotion survenant par là-dessus a donné naissance à des troubles permanents. L'émotion persistant incomplète d'une manière subconsciente entretient la contracture, et c'est cette gêne matérielle de la respiration qui cause l'angoisse. Ici, l'angoisse a son point de départ dans une gêne réelle de la respiration causée par des accidents hystériques ou par un état subconscient en dehors de l'esprit du malade. C'est la *forme hystérique de l'angoisse.*

Voyez maintenant cette femme de 33 ans ; il est probable que le père buvait, une sœur est très émotive. Elle a commencé à être troublée depuis l'âge de douze ans et en a 33 maintenant. La maladie dure depuis 20 ans et non pas depuis six mois comme chez le jeune homme. Elle a commencé par des timidités, des rougeurs, des peurs de rougir. Elle a eu des désespoirs en entrant dans une place par la peur de ne pas réussir.

Ces soi-disant vertiges ne la prennent que dans des circonstances particulières : quand elle entre dans un omnibus, quand elle est en présence de personnes qui la regardent, quand elle pense à sa propre figure. Il faut que ces circonstances amènent dans son esprit des réflexions. Est-ce qu'elle a la figure d'une folle ? Est-ce qu'elle a des convulsions dans la figure ? Est-ce que les gens qui la regardent comprennent sa màladie. Il suffit qu'elle se dise que les personnes présentes sont des médecins pour se calmer. En un mot il y a de la rumination.

Si on fait un examen physique comme chez le jeune homme, on ne constate pas d'anesthésie, pas de troubles épigastriques et surtout pas de contractures, à moins bien entendu qu'elle ne soit juste en train de s'émotionner. Dans ce cas, il faut commencer par la calmer. En un mot ici il n'y a pas de troubles organiques permanents, les troubles organiques viennent à la suite d'un travail

mental, cérébral, et même d'un travail qui est conscient. C'est la rumination du scrupuleux qui amène l'angoisse. Nous croyons même que le premier trouble est cérébral : c'est parce que le malade n'est plus maître de sa tête, de ses idées, qu'il s'émotionne et s'affole. C'est la forme *psychasthénique de l'angoise,* c'est l'*angoisse des scrupuleux.*

Vous voyez donc que ces deux malades ne sont pas semblables et j'en profite pour vous dire qu'il ne faut pas trop vite ériger un symptôme en maladie. On aurait tort de leur attribuer la même maladie parce qu'ils ont tous deux de l'angoisse. Le pronostic d'abord est différent. Le jeune homme guérira plus vite que la femme ou, s'il reste malade, il aura de tout autres accidents.

Le traitement aussi est différent. Le massage de l'abdomen, la gymnastique respiratoire qui guérira le premier n'aura aucune influence sur la seconde qui a besoin d'une éducation spéciale. Vous voyez que ce diagnostic de l'angoisse présente un assez grand intérêt clinique.

Observation 46. — **Angoisses diffuses.** — *Troubles respiratoires, agitation, peur de l'isolement, effet de la distraction.*

Vous savez que l'on est disposé à inventer toujours des formes nouvelles de névroses, qui ne sont souvent que des variétés accidentelles des grandes espèces pathologiques.

Il y a cependant une variété morbide sur laquelle différents auteurs attirent l'attention depuis quelque temps et qu'il est intéressant de distinguer, bien que l'on puisse la rapprocher de formes connues : c'est la maladie qui n'est constituée que par des *crises d'émotion excessives*, c'est l'*état d'anxiété* dont parlait autrefois Morel, les *décharges émotives* de Weir-Mitchell, les *états d'angoisse* de Mac Farlane, les *panophobies* de Beard et plus récemment la *névrose d'angoisse* de Freud. « *L'attente anxieuse,* dit ce dernier auteur, est le symptôme essentiel de la névrose d'angoisse. On peut dire qu'il y a, dans cet état, une certaine quantité d'angoisse flottant à l'état libre, qui est toujours prête à se manifester, la forme sous laquelle elle se manifeste pouvant d'ailleurs varier, étant sous la dépendance de circonstances diverses ». Ces crises d'émotions vagues sont intéressantes à connaître ; elles pourront être, comme l'ont fait observer MM. Pitres et Régis dans leur

mémoire sur la Séméiologie des idées fixes, le point de départ des émotions systématisées et des idées fixes.

Les descriptions de ces auteurs sur la névrose d'angoisse et l'attente anxieuse nous sont revenues à l'esprit en lisant les confidences que cette malade, Gy... ; femme de 34 ans, nous a écrites sur son mal. « Je n'ai pas d'autres souffrances que cette angoisse intolérable, ce que j'éprouve, c'est la menace d'un mal. Parfois la crise n'arrive pas, mais je souffre de la menace : l'angoisse, la crainte, revient à mesure que l'époque de la crise s'approche. » Cette angoisse qu'elle décrit avec complaisance consiste en une sensation de resserrement à la poitrine, d'une ceinture de fer autour des reins et du cœur, dans la sensation des battements précipités du cœur, de la suffocation. La poitrine lui fait l'effet d'une bouteille que l'on secoue, des nausées, elle a une salivation excessive, des sensations de vertige, des bourdonnements dans les oreilles, etc., etc.

Tous ces phénomènes sont en rapport avec une attente anxieuse, elle prétend attendre ainsi une crise dont elle aurait très peur. Cette crise qui arrive, en effet, ne semble pas être en elle-même fort grave : quelques mouvements convulsifs, des cris rauques, en un mot une petite crise d'agitation, sans perte de conscience, qui en elle-même n'est pas très importante. L'angoisse qui la précède, qui peut se prolonger des jours et des nuits sans que la crise arrive, est beaucoup plus grave.

On peut donc dire que le phénomène essentiel de cette malade, ce sont des états d'angoisse, des états d'émotion intense avec sentiment de peur et attente anxieuse de quelque chose qu'elle précise plus ou moins bien en disant qu'elle attend la crise de nerfs.

Voici dans quelles conditions cet état s'est développé. Les parents semblent avoir été assez bien portants, quoique le père soit nerveux et qu'un frère du père soit mort fou. Déjà dans l'enfance Gy... aurait eu une première crise analogue à celle-ci avec perte de connaissance, salivation excessive parce que des ouvriers sur un toit de la pension lui auraient fait peur. A trois ou quatre reprises, ces accidents se seraient reproduits dans sa jeunesse mais d'une manière incomplète. Nous voyons donc se manifester une émotivité excessive.

Rien de tout cela n'était grave. Elle se marie avec un individu bizarre, sorte d'hypocondriaque insociable, qui l'enlève à sa

famille, et la fait vivre au fond d'une campagne très isolée. Elle prend peur dans cette maison, surtout quand son mari la laisse seule. Elle imagine les dangers les plus épouvantables et tous les soirs éprouve de violentes terreurs. Ces terreurs perdent peu à peu leur caractère précis ; elles deviennent des émotions aussi intenses que vagues qui finissent par constituer ces angoisses avec attente anxieuse.

Autrefois, dans sa campagne, elle attendait des dangers réels, des voleurs, l'incendie, etc. Maintenant qu'elle est rentrée à Paris, dans une maison bien calme, elle se borne à attendre sa crise mais l'angoisse est restée la même. Remarquez le rapport étroit qui lie ces névroses d'angoisse avec les idées fixes proprement dites. C'est une idée fixe de solitude, de dangers, de peurs qui a été, non pas en se précisant, mais en se généralisant de plus en plus et qui est devenue, si on peut ainsi dire, une idée fixe indéterminée.

La malade dans sa lettre nous dit elle-même le remède qui lui convient. « Détournée de mon mal par une distraction quelconque, promenades, musique, surtout quand il y a du monde autour de moi, je vais tout de suite beaucoup mieux. » C'est évidemment là le remède ; il faut chercher à lui occuper l'esprit à autre chose qu'à cette attente.

Malheureusement elle appartient à cette catégorie de personnes qui ne sauront jamais s'occuper toutes seules. Il lui est impossible de rester seule, dit-elle. Si quelqu'un la dirige, elle n'aura plus rien du tout, si elle ne trouve pas le directeur de conscience qu'elle rêve, elle parcourra toute la série des névroses et des idées fixes. Ce sont de ces femmes comme nous l'avons souvent montré qui prendront un amant, un maître le plus brutal, pour être avec quelqu'un. C'est encore un cas de la maladie de l'isolement.

Observation 47. — **Angoisse diffuse.** — *Masturbation, troubles respiratoires, tremblements du bras et tics du cou.*

Voici une malade, Hb..., âgée de 40 ans, qui nous apporte une intéressante démonstration des idées que nous vous avons indiquées sur les dérivations émotionnelles. Cette demoiselle de 40 ans, Hb..., vivait seule avec son père d'une manière très simple et très

retirée. « car elle avait la peur du monde ». Elle a eu la douleur de perdre son père il y a trois ans et a dû rester absolument seule, ce qui a déterminé tous les troubles actuels.

Sa tristesse, sa solitude, son sentiment de faiblesse et de défaillance l'ont amenée à prendre de mauvaises habitudes dont elle est profondément honteuse. Elle qui avait vécu jusqu'à 38 ans dans une ignorance presque complète de ces choses, elle ne put résister à un singulier besoin qui la poussait à rechercher une excitation. Au commencement tout alla bien, elle arrivait assez facilement à l'excitation sexuelle et cette excitation lui faisait le plus grand bien. Elle se trouvait à la suite moins triste, moins



Fig. 4. — Respiration de Hb... — Ces graphiques sont pris avec le pneumographe de Verdin; les lignes horizontales et verticales servent de repères ; la flèche horizontale indique dans quel sens le graphique doit être lu, la flèche verticale indique dans quel sens s'inscrit l'inspiration. T, respiration thoracique ; A, respiration abdominale ; S, le temps en secondes.

délaissée et plus courageuse. Malheureusement, ce besoin d'excitation anormale alla en augmentant, elle dut recommencer plus souvent et en même temps elle arriva plus difficilement au résultat. Elle devenait gênée et honteuse de cet acte et cependant le recommençait incessamment sans arriver à la satisfaction.

C'est dans ces conditions que cette excitation avortée a déterminé de singuliers phénomènes, d'abord des troubles respiratoires assez considérables. Ainsi que vous pouvez le voir par ce graphique (figure 4), la respiration abdominale est presque supprimée et ne consiste plus qu'en un tremblement irrégulier, la respiration thoracique est devenue rapide, tremblante et irrégulière. Ce sont des troubles respiratoires de l'angoisse avec cette différence c'est qu'ils sont beaucoup plus durables et qu'ils se prolongent quelquefois une journée entière après la cause excitante. En même temps s'est développé un véritable tic des muscles du cou ; le

sterno-cléido-mastoïdien a des secousses à peu près cent fois par minute et détermine des petits mouvements continuels de la tête qui se tourne brusquement vers la droite, puis revient en avant. Le graphique de la figure 5 a été obtenu en plaçant un myographe sur le sterno-cléido-mastoïdien de manière à inscrire ses secousses; il vous montre bien la relation de ces secousses musculaires avec les spasmes respiratoires, puisque dans cette figure la respiration a été inscrite en même temps que le tracé du myographe. On remarquera que pendant cette expérience la respiration thoracique est plus rapide et plus profonde que pendant l'expérience précédente. L'os hyoïde est également animé de petits mouvements brusques qui le font monter et descendre

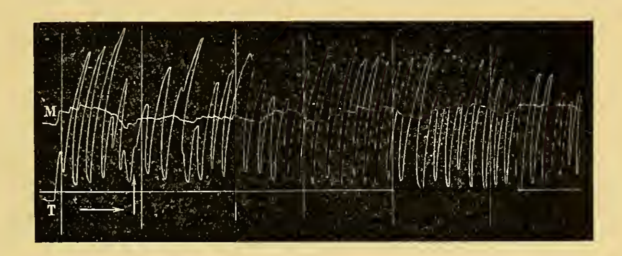


Fig. 5. — Respiration de Hb... — T, respiration thoracique ; M, secousses du sterno-cléido-mastoïdien, la vitesse du cylindre est la même que dans le graphique précédent.

comme dans des efforts perpétuels de déglutition. Enfin on note un tremblement du bras droit, mais il est moins durable et ne se prolonge qu'une heure ou deux après les masturbations.

Peu à peu ces angoisses et ces tics se sont exagérés ; ils ne commencent plus uniquement après les masturbations sans succès, mais après toutes les émotions et surtout après les émotions avortées. Un cri, la vue d'un accident dans la rue font réapparaître tous ces spasmes. Nous insistons sur l'ordre d'apparition des phénomènes chez cette malade, ordre qui nous paraît intéressant : 1° la mort du père, émotion déprimante, tristesse, solitude, dépression mentale ; 2° le besoin d'excitation et l'habitude de la masturbation qui pendant quelque temps semble montrer avoir des effets plutôt favorables ; 3° la dépression mentale continuant, l'excitation génitale ne peut plus être complète et nous voyons apparaître les troubles respiratoires et les tics du cou que nous considérons comme des phénomènes de dérivation ;

4° ces phénomènes se généralisent et se produisent à propos d'autres émotions.

Le fait principal ne nous paraît donc pas être l'émotivité ni l'angoisse puisque celle-ci ne se développe qu'assez tardivement. Le fait primitif est l'épuisement mental avec les troubles de la volonté : c'est lui qu'il faudrait pouvoir modifier. Ici il y a un conseil qui s'impose : cette vieille fille ne peut pas continuer à vivre dans la solitude complète en cherchant à se consoler par la masturbation ; il faut, puisqu'elle le peut, qu'elle rentre dans sa famille, qu'elle se repose et suive un régime tonique en renonçant complètement à ces pratiques inutiles. Il est bien probable que les angoisses et les tics disparaîtront.

Observation 48. — **Angoisses diffuses.** — *Aboulie, timidité, aboulie sociale.*

Comme dernier exemple des angoisses diffuses, nous voudrions vous signaler la maladie de la timidité que l'on peut considérer comme un intermédiaire entre les angoisses vagues et les phobies précises.

La timidité semble surtout caractérisée par des phénomènes d'émotion et d'angoisse qui se produisent non précisément en rapport avec un objet unique comme les phobies mais cependant en présence d'une condition déterminée : la présence de nos semblables. L'angoisse ne se produit pas lorsque le sujet est seul, elle se produit quand il est en présence d'autres personnes humaines ; ce n'est que tout récemment qu'on remarqua le caractère maladif de certaines timidités. M. Hartenberg a écrit sur ce point un livre intéressant. Tout en remarquant qu'il est juste de faire comme cet auteur une grande part aux troubles émotifs, nous croyons qu'il y a à relever d'autres faits encore dans la timidité et c'est sur ceux-là que nous insistons.

Cette dame, Vr..., âgée de 30 ans, qui vient demander un traitement de la timidité est un bon exemple pour montrer que la timidité est une maladie. Elle appartient à une famille où l'on compte un très grand nombre d'aliénés et de névropathes : un frère et une sœur du père sont morts fous, une tante maternelle est au moins bizarre. Vr... a eu elle-même de l'incontinence d'urine jusqu'à l'âge de 12 ans, elle a encore fréquemment des

périodes de pollakyurie. C'est une aboulique et une scrupuleuse, autrefois il lui semblait qu'elle ne pouvait pas faire les actes à cause de leurs conséquences religieuses. Ces prétendues conséquences religieuses étaient fort vagues et le fait qui reste important est qu'à chaque instant elle se sentait incapable d'accomplir tel ou tel acte. Depuis qu'elle est mariée, elle fait quelques efforts pour agir et elle semble réussir à accomplir à peu près les actions lorsqu'elle est seule, mais dès qu'il y a quelques personnes qui la regardent elle ne peut plus ni marcher, ni parler, elle ne peut plus jouer du piano et cette incapacité s'accompagne d'une très violente émotion.

L'émotion fait évidemment partie de la timidité mais l'aboulie joue aussi un grand rôle. Pourquoi dire dans ce cas que c'est la peur de voir les hommes qui arrête l'action? Ne nous a-t-elle pas dit que ses actions avaient toujours été arrêtées par quelque chose et qu'elle restait autrefois des heures immobiles devant son piano sans pouvoir se décider à jouer une note, même quand elle était seule. Elle ajoutait, comme interprétation, que cet acte lui paraissait antireligieux, mais c'est là une explication après coup; la vérité c'est que son engourdissement cérébral la laissait dans les rêves et ne lui donnait pas une tension suffisante pour l'activité réelle. Maintenant elle joue du piano quand elle est seule, c'est un progrès; mais elle reste incapable d'en jouer quand il y a du public. Pourquoi dire que cette incapacité identique à la précédente a maintenant une cause toute différente? A notre avis l'acte n'est pas accompli quand il s'agit de le faire devant quelques personnes parce qu'il est alors plus difficile, comme nous l'avons montré souvent et il est toujours empêché par le même état d'aboulie. Quant à l'émotivité qui est réelle, c'est un phénomène de dérivation qui se surajoute. L'angoisse survient quand elle fait des efforts pour faire l'acte devenu impossible. Tous les timides vous diront qu'ils ont un moyen pour ne pas être émotionné par le public, c'est de rester parfaitement tranquille sans essayer de rien faire; c'est quand ils essayent de se lever, de parler, de marcher, de jouer du piano, que leur effort impuissant se dépense en phénomènes viscéraux.

Permettez-nous de vous lire un fragment de lettre d'une dame timide qui nous paraît bien se rendre compte de ce détail. « J'avais une timidité qui faisait mon désespoir, laquelle d'ailleurs n'a fait que s'accroître et a empoisonné toute ma vie. Outre les per-

sonnes qui m'intimidaient par elles-mêmes sans que je puisse dire pourquoi, il suffisait que je fusse troublée une fois avec celles qui ne me gênaient pas habituellement pour que je ne puisse plus me retrouver en face d'elles sans malaise. Si je les voyais de loin, la seule pensée d'avoir à marcher devant elles me donnait des battements de cœur inouïs et me mettait tout le corps en transpiration. J'avais réussi dans mes études et je savais beaucoup de choses en théorie, j'aimais à me laisser aller à l'imagination et au raisonnement, mais je me voyais inhabile au travail dès qu'on me mettait aux prises avec la réalité parce que dans la réalité il y a des hommes et que je ne pouvais pas espérer un emploi où je serais toute seule sans avoir des rapports avec personne. Cette gêne que j'éprouvais devant la plupart des personnes allait jusqu'à me paralyser complètement. Une simple addition, je ne pouvais pas la faire et j'étais obligée d'être fausse pour marquer cette impuissance, de chercher des prétextes, de me dire malade, de casser mon crayon, d'aller chercher un canif et je m'efforçais de faire mon addition seule, à la dérobée, en m'efforçant de penser que c'était un devoir de classe, en m'efforçant d'oublier qu'elle pouvait servir à quelques personnes. »

Nous sommes disposés à croire qu'ici comme toujours les phénomènes émotionnels jouent un rôle bien plus secondaire qu'on se l'était figuré ; l'essentiel c'est la diminution de cette tension nerveuse et psychologique ; qui nous est nécessaire pour accomplir les actes réels et surtout pour accomplir les actes complexes comme les actes sociaux.

Observation 49. — **Crises d'agitation et d'angoisse à propos de la fin de l'action et à propos du réveil.** — *Dermographie, crises d'agitation motrice, émotion, la cessation de l'action, crises pendant toute la nuit, le réveil angoissant, troubles de la respiration.*

Cette malade Dn..., âgée de 30 ans, ne laisse pas que de nous embarrasser beaucoup ; les phénomènes qu'elle présente ne sont pas bien graves, mais ils se présentent dans des conditions singulières et le diagnostic, quoique probable, ne peut guère être fait avec une grande précision.

Voyez d'abord un petit phénomène bien connu mais qui est tou-

jours curieux. Regardez sa poitrine (figure 6). Vous voyez qu'elle porte écrit sur sa peau avec une netteté admirable le mot Salpêtrière; tous les détails des lettres sont bien visibles. Ils ressortent en relief blanc sur fond rouge. Pour produire ce beau dessin il a suffi de passer tout à l'heure une pointe sur sa peau. Quelques



Fig. 6. — Dermographique blanc crayeux sur fond rouge chez Dn...

instants après la peau a rougi, une élévation s'est faite à tous les points touchés, cette élévation a blanchi de manière à former le dessin que vous voyez; c'est le phénomène de la dermographie dont vous avez étudié un exemple dernièrement. Pour l'étude plus complète de ce phénomène bien bizarre je vous renverrai à un travail récent de M. Barthélemy (de Saint-Lazare): « Étude sur le dermographisme ou dermoneurose toxi-vasomotrice ».

L'auteur après un résumé historique intéressant sur les marques

du diable a bien décrit le phénomène, son apparition, sa durée, ses relations avec les phénomènes nerveux et avec les intoxications. C'est un phénomène en somme voisin de l'urticaire qui réclame la même thérapeutique, les mêmes précautions pour éviter les intoxications alimentaires, mais qui est encore plus en rapport avec l'émotivité et la névropathie. Ici, en effet, nous avons affaire à un état névropathique qui est également curieux.

Depuis son enfance, cette dame est sujette à de petites crises de nerfs dont nous ne déterminons pas encore la nature. Ces crises, qui ont commencé à l'âge de cinq ou six ans, ont un peu augmenté dans ces derniers temps, depuis son mariage. Malgré cette augmentation, ces crises sont extrêmement peu de choses et vous allez peut-être en voir un exemple devant vous. La malade se renverse un peu sur sa chaise, se plaint d'être mal à son aise et dit : « Je vais avoir ma crise. » Elle cesse de parler, fait quelques grimaces, quelques petites contorsions des membres sans secousses cloniques bien nettes et dit tranquillement : « C'est fini. » Elle n'a pas perdu conscience, elle s'est seulement sentie gênée pour parler, tiraillée, un peu contorsionnée. Quand la crise est un peu plus grave, il n'y a pas grand'chose de plus, mais à la fin elle crache de l'eau quelquefois teintée de sang. Elle perd quelquefois quelques gouttes d'urine, elle ne tombe pas : rien de plus.

Déjà cette description est un peu embarrassante, c'est bien peu pour une crise d'hystérie. Vous savez que l'hystérie est tapageuse ; il faut se défier de ces petites histoires plus calmes, vraiment cela fait penser à l'épilepsie. Il est vrai qu'il n'y a rien de décisif : le sang qu'elle crache ne vient certainement pas de la langue qui n'a jamais été mordue. Il n'y a pas à proprement parler d'émission d'urine et il n'y a pas de perte de conscience, ce serait un petit mal tout à fait spécial sorte d'équivalent de l'accès remplacé par quelques tics comme cela est d'ailleurs bien connu. Mais nous n'affirmons rien parce qu'il nous reste à voir les conditions déterminantes de ses petites crises qui sont également bizarres.

D'abord, ces crises surviennent à propos de la moindre émotion, et c'est pourquoi nous disions qu'elle allait en avoir devant vous. C'est là un caractère banal qui s'accorderait plus avec l'hypothèse de l'hystérie qu'avec celle de l'épilepsie, mais ce ne sont là que les moins fréquentes des crises. Les crises se produisent bien plus fréquemment la nuit ou le matin au moment du réveil. Elle ne peut pas se réveiller sans une crise, sauf une ex-

ception qu'elle remarque et qui est singulière, c'est quand elle est réveillée par un rêve ou un cauchemar. Mais ce n'est pas seulement la fin du sommeil qui a cette propriété : quand elle est restée assise quelque temps et qu'elle veut se lever, il y a une attaque. Elle redoute les omnibus à ce propos car elle ne peut en descendre sans crise. Bien mieux, si elle marche longtemps, elle se porte très bien tant qu'elle continue à marcher ; mais si elle s'arrête, encore une crise. Si elle travaille longtemps à la couture, au moment où elle s'arrête, survient une crise.

En un mot, les crises se produisent au moment où s'arrête une action prolongée principalement il y a le sommeil. C'est là un fait bien curieux pour la théorie de la volonté. Le plus souvent des troubles nerveux de ce genre apparaissent au début de l'action qui est comme vous le savez bien la partie la plus difficile de l'acte. On sait depuis longtemps que la cessation d'une action prolongée est, pour les volontés faibles, aussi difficile que le début d'une action nouvelle : ce petit accès qui survient toujours quand il s'agit d'arrêter une action apporte une preuve nouvelle de la vérité de cette remarque. Nous allons voir l'effet du bromure qui nous paraît tout indiqué pour modifier un état qui nous semble se rapprocher de l'épilepsie.

Nous vous représentons cette même malade, que vous n'avez pas vue depuis deux ans. Après avoir été un peu améliorée, elle nous a abandonnée et n'est plus venue nous voir. Cela ne lui a guère réussi, car son état, aujourd'hui, semble plutôt plus grave.

Cette pauvre femme est en ce moment tourmentée par des attaques dont la nature est bien singulière. Ce qui les caractérise, c'est qu'elles ne se produisent plus du tout ou très rarement dans la journée, qu'elles surviennent uniquement pendant la nuit, et qu'elles semblent être en relation très étroite avec le sommeil.

Voici comment les choses se passent toutes les nuits. Dn... se couche très fatiguée et avec le besoin de dormir ; elle met quelque temps à s'assoupir et pendant cette première période, elle est très calme. Au bout de dix à quinze minutes, le sommeil vient profond, complet : à ce moment, elle se réveille en sursaut avec un sentiment de peur et une sensation d'étouffement. Instinctivement, elle se cramponne aux bords de son lit et tâche de se calmer, mais elle ne peut y parvenir ; elle sent l'étouffement augmenter, le cœur battre violemment ; elle éprouve des contractions dans tous les

membres, et elle se met à hurler désespérément. Elle donne des coups de poing et des coups de pied de tous côtés, elle contorsionne le corps et prononce quelques paroles délirantes, appelant au secours, se plaignant de telle ou telle personne ; cette crise dure très peu, cinq à six minutes à peine. La respiration se rétablit, la malade éprouve souvent le besoin de rendre quelques gorgées d'eau, quelquefois un peu teintée de sang. Epuisée de fatigue, elle se recouche, sent de nouveau venir le sommeil et s'assoupit plutôt plus vite que la première fois ; au bout d'une dizaine de minutes, le sommeil va être de nouveau complet. Alors elle se réveille en sursaut, avec la sensation d'étouffer, et recommence exactement la même scène. Les choses continuent ainsi sans un instant de répit jusqu'au matin. Quand il fait jour elle a, à son dernier réveil, une crise plus violente que les autres, et elle se lève calmée à peu près pour le restant de la journée.

Permettez-nous de signaler à ce propos un fait qui n'a rien de scientifique, c'est la situation épouvantable, horrible des autres malades de la salle. Figurez-vous être réveillés tous les quarts d'heure par une femme qui se débat, qui secoue son lit et qui hurle de toutes ses forces, et cela depuis trois mois sans interruption. Il nous fallait garder cette malade d'abord pour vous la montrer, car le cas est curieux, puis pour étudier cette perversion du sommeil, enfin pour une raison décisive, c'est qu'elle est absolument sans asile. Elle est dans la misère, et son infirmité nocturne la fait comme de juste, mettre à la porte de tous les asiles de nuit. Pour qui l'hôpital est-il fait, si ce n'est pour ces gens là ? N'est-ce pas pitoyable que nous n'ayons pas quelques chambres d'isolement, quand cela est absolument réclamé par l'intérêt du malade ou par l'intérêt des autres personnes de la salle.

Quoi qu'il en soit, la névrose est bien étrange, elle rentre dans ces maladies du sommeil que l'on commence à étudier de divers côtés. Déjà, il y a deux ans, nous avons étudié un cas que l'on peut un peu rapprocher de celui-ci[1]. C'était une malade continuellement insomnique, parce qu'elle était réveillée après quelques minutes de sommeil profond, mais celle-là se réveillait avec calme et ne cherchait plus à se rendormir. Dans ce cas nous avons pu expliquer le réveil : il était déterminé par un rêve qui

1. *Névroses et idées fixes*, II, p. 354.

n'était lui-même que la reproduction nocturne d'une ancienne idée fixe, et ce réveil, comme l'un de nous l'a montré, avait beaucoup d'analogie avec les phénomènes du somnambulisme.

En est-il ainsi dans le cas présent ? Probablement non. Autant que nous pouvons le dire, car la malade n'a pu être étudiée dans l'hypnotisme complet, il n'y a pas ici d'idée fixe. Il ne semble pas que ce soit un rêve qui détermine le réveil ; au contraire, et c'est une remarque sur laquelle la malade insiste elle-même, quand il y a un rêve ou un cauchemar qui précède le réveil, celui-ci se fait d'une manière beaucoup plus calme et il n'y a pas de crise. Ce qui semble bien déterminer le réveil et la crise, c'est le sommeil lui-même. Si la malade ne s'endort pas complètement, mais reste légèrement assoupie, il n'y a pas de cris, ni de convulsions ; Dans des expériences très répétées pour amener le sommeil hypnotique, nous n'avons pu déterminer qu'une somnolence légère ; cette somnolence n'amène que de petits débuts de crise. Il faut le sommeil complet pour amener la crise complète.

Comment peut-on concevoir le trouble que détermine ici le sommeil ? On peut dire d'abord qu'il y a là un phénomène d'émotion et d'angoisse ; cette malade a comme un sentiment de terreur au moment du début de l'inconscience. Ces terreurs nocturnes sont bien signalées, ces angoisses peuvent être rapprochées des *chocs émotionnels nocturnes* que décrivait Weir-Mitchel [1]. Il disait que pendant la nuit, les nerveux ont des troubles sensoriels, des chocs sensoriels qui peuvent affecter :

1° La sensibilité générale sous forme de douleurs contusives brusques, ou d'ébranlement céphalique se produisant au moment où la malade s'endort ;

2° L'audition sous forme de bruit sourd ou éclatant ;

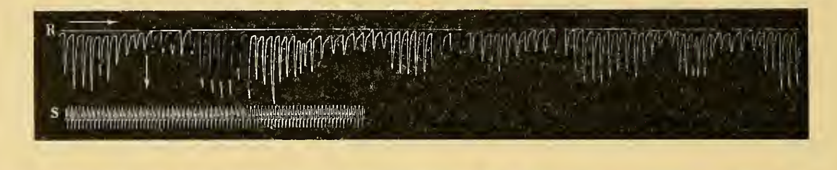
3° La vision sous forme d'éclairs ;

4° L'olfaction et le goût sous forme d'odeurs ou de saveurs faisant une impression soudaine et en général désagréable. Ces chocs sensoriels qui présentent de grandes analogies avec les hallucinations hypnagogiques, peuvent jouer un rôle dans la genèse des délires. Eh ! bien, cet auteur rapproche des faits précédents les chocs émotionnels se présentant en général sous forme de peur subite, tantôt précédant, tantôt suivant un choc sensoriel mais plus souvent isolément. Nous aurions affaire dans

1. Weir-Mitchel, *Some disorders of sleep*, 1890.

ce cas à une angoisse du début du sommeil, amenant une terreur suffisante pour provoquer une crise d'agitation motrice et d'angoisse.

Peut-être cependant pourrions-nous dans ce cas aller un peu plus loin. Nous n'aimons pas beaucoup à parler de chocs émotionnels, sans dire en quoi ils consistent, sans qu'il y ait une idée ou une sensation en relation avec cette émotion. Qu'est-ce qui détermine ici l'angoisse? Nous sommes disposés à supposer qu'il s'agit de troubles respiratoires. D'abord parce qu'au réveil elle étouffe, et il semble bien que ce soit même l'étouffement qui



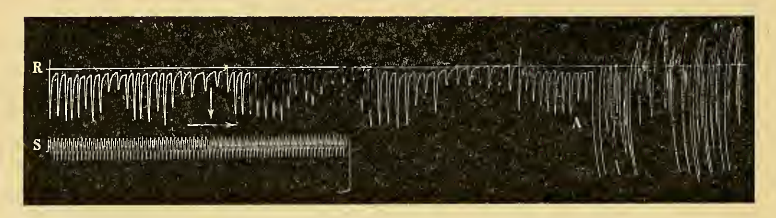


Fig. 7. — Respiration de Dn... pendant un début de sommeil. — R, respiration thoracique qui devient de plus en plus périodique dans les deux graphiques qui se suivent; S, le temps en secondes; A, début de l'attaque d'agitation anxieuse.

la réveille. Ensuite, l'un de nous a pu faire sur elle une petite expérience encore incomplète. En la laissant s'assoupir dans un fauteuil, en essayant de l'hypnotiser on détermine un petit sommeil très léger, insuffisant malheureusement pour l'étude de la crise nocturne, mais, si petit qu'il soit, il montre déjà quelque chose. Le graphique de la respiration (figure 7) qui était régulier pendant la veille devient plus petit et surtout il devient périodique. Il nous présente une série de respirations petites, suivies d'une série plus grande. Ce n'est pas encore tout à fait le Cheyne-Stokes que nous avons étudié dans une autre leçon sur une malade hystérique [1], mais cela s'en rapproche. Mosso a signalé cette respiration dans le sommeil profond, ici, elle se

1. *Comptes rendus du IVe Congrès de Psychologie de Paris*, 1901, p. 524.

manifeste dès le début du sommeil. Dès que ce signe apparaît sur le graphique, la malade se plaint déjà, essaye de se réveiller de peur d'avoir sa crise. Il est probable que si le sommeil était plus complet, la respiration serait plus troublée encore, si troublée même qu'elle amènerait l'angoisse et le réveil avec attaque. Quant à cette diminution respiratoire, elle est en rapport d'après les travaux de Mosso avec l'engourdissement cérébral, il est probable que l'engourdissement augmente ici grâce au sommeil et amène ces troubles à un plus haut degré.

Voici le peu que nous savons sur les crises de la nuit et le problème est déjà compliqué, mais il le devient bien plus quand nous étudions l'histoire antérieure de la malade et que nous voyons comment les crises ont commencé. Vous ne l'avez pas reconnue car son visage a bien changé, mais c'est une malade que nous vous avons déjà présentée il y a deux ans. Nous l'avions étudiée alors à propos d'un symptôme curieux, la peau dermographique qu'elle présente encore un peu, mais à un degré beaucoup plus faible : nous n'en parlerons pas aujourd'hui. A ce moment, nous avions déjà appris qu'elle avait des crises, mais un peu différentes de celles d'aujourd'hui. Ces crises étaient diurnes et survenaient dans une circonstance bien singulière, toutes les fois qu'elle interrompait une action longtemps prolongée. Les exemples seront plus clairs. Si elle restait assise sur une chaise pendant quelques heures, elle avait une crise au moment de se lever, si elle s'était promenée quelque temps, elle avait une crise au moment de s'asseoir. De même si elle parlait quelque temps la crise survenait quand elle se taisait. En un mot, les crises se produisaient au moment de changer d'action. Un caractère semblable n'est pas absolument nouveau pour nous ; c'est un des caractères de l'aboulie. Les faibles de volonté ont une peine énorme à commencer une action, et quand ils l'ont commencée, ils ont la même peine pour la cesser ; tout changement leur est pénible. Augmentez cette peine, transformez-la en angoisse véritable et vous aurez ces petites crises émotives qu'elle présentait alors. Il y a un an, elle fut très troublée par une série de malheurs : son mari l'abandonna sans ressources, ses règles furent arrêtées et n'ont pas reparu depuis huit mois. C'est alors que les angoisses devinrent plus fréquentes et plus graves ; la nuit le sommeil suffit pour les amener. Depuis que ces crises se sont développées pendant la nuit, elles ont diminué pendant le jour ; les changements d'action

provoquent moins d'attaques : il est vrai que la pauvre femme ne fait plus grand'chose assidûment. Les attaques ne reviennent plus guère dans le jour, que lorsqu'elle essaye de dormir, et elles prennent alors, mais avec un degré beaucoup plus faible les mêmes caractères que la nuit ; elles sont plus faibles parce que la malade s'endort à peine.

Le cas est donc curieux et pourrait se résumer ainsi : crises d'agitation motrice, se produisant d'abord à propos de tous les changements d'action, se produisant ensuite à propos d'angoisses nocturnes, angoisses qui sont déterminées par des troubles de respiration survenant dès le début du sommeil. L'ensemble de la maladie doit évidemment se rapporter à l'état psychasthénique. Il n'y a point de stigmates permanents, nous n'avons pu constater aucun trouble de la sensibilité. Il est même à remarquer que la malade n'a jamais eu de maux de tête, malgré ces troubles singuliers. Le stigmate principal serait l'aboulie.

Le meilleur traitement consisterait à donner à la malade un peu de force par l'alimentation, les toniques, le repos. Il est probable qu'elle aurait plus de force pour résister à ses angoisses nocturnes. Nous devons vous rappeler que le bromure et le chloral à hautes doses ont été essayés sans succès.

CHAPITRE

LES PHOBIES

Les angoisses que nous venons de voir sous la forme diffuse se présentent plus souvent encore sous la forme systématique ; c'est-à-dire que l'angoisse ne se produit plus d'une manière vague à propos de n'importe quelle circonstance, mais qu'elle accompagne régulièrement une circonstance déterminée. Ainsi l'angoisse survient uniquement quand le malade exécute une action déterminée comme la déglutition des aliments ou la prononciation des paroles, quand il doit sortir dans la rue ou entrer dans une chambre fermée. Les angoisses s'associent, se combinent avec la perception de cette circonstance déterminante et prennent ainsi un aspect particulier. Elles peuvent être ainsi associées avec les sensations déterminées par certaines régions du corps, avec certaines fonctions physiologiques, certaines situations ou certains sentiments ; elles constituent ainsi *les algies, les phobies des fonctions, les phobies des objets* et *les phobies des situations.*

PREMIÈRE SECTION

LES ALGIES

Les neurasthéniques présentent très souvent un symptôme qui embarrasse beaucoup les médecins : ce sont des douleurs qu'ils prétendent ressentir dans un organe du corps. Ces douleurs sembent d'après leur description et leur attitude tout à fait énormes ; elles provoquent de grandes manifestations extérieures, le malade a des troubles de respiration et de la circulation, il est couvert de sueur, il se contorsionne et ne cesse de pousser des cris comme

s'il endurait le martyre, aussi plus que jamais il réclame un soulagement et un traitement. Le médecin rencontre d'abord une première difficulté quand il s'agit d'examiner l'organe douloureux que presque toujours le malade laisse à peine toucher ; quand à force de précautions il est parvenu à faire à peu près cet examen, il éprouve alors un second embarras, c'est qu'il trouve l'organe absolument sain ou ne présentant que des troubles légers incapables d'amener ces désordres. Ces grandes douleurs des psychasthéniques, rattachées à un organe du corps, ont été appelées des *algies* ou des *topoalgies* ainsi que les désignait Blocq. Elles nous semblent assez faciles à interpréter après ce que nous savons déjà des angoisses et des agitations.

Observation 50. — **Algies.** — *Topoalgies de l'œsophage, de l'utérus, du dos, de la face, neurasthénie, sensibilité dans les algies, angoisse.*

Cette femme de 35 ans, Ja... est très riche en algies diverses, elle en a éprouvé de tous les genres depuis sa jeunesse. Vers l'âge de 17 ans, elle commença à présenter des troubles respiratoires à propos de la plus légère émotion ; elle avait des étouffements, des suffocations extrêmement pénibles et elle conserva pendant des années une douleur à la poitrine vers le milieu du sternum, douleur extrêmement vive et angoissante.

Plus tard, la douleur fut dans l'œsophage, il y avait une constriction qui ne rendait pas difficile mais extrêmement douloureux le passage des aliments ; à 20 ans, la douleur était dans l'estomac, celui-ci surtout au moment des digestions devenait le point de départ d'atroces douleurs qui ne diminuaient qu'après le vomissement de quelques glaires blanchâtres. A 23 ans, l'algie fut dans l'utérus ; nous vous signalons à ce propos des énormes pertes d'eau qui avaient lieu par le vagin. Ces grandes pertes sont comparables à l'hydrorrhée nasale, elles existent souvent chez les nerveuses et ne doivent pas être confondues avec les véritables métrites. A 30 ans, les douleurs furent dans le dos, et maintenant les douleurs sont dans la figure.

La malade nous dit « qu'elle a une inflammation derrière la peau du visage, qu'il doit y avoir une circulation de sang bourbeux, rempli de matières rouges et que cela cause dans le nez,

dans la figure, des raideurs, des tiraillements horribles ». Vous voyez que toute sa vie cette malade a été une algique : à mesure que nous avançons vers des formes plus spéciales de la psychasthénie nous verrons plus de malades qui semblent adopter pour toute leur vie une forme spéciale de la maladie, qui restent toujours des algiques, des phobiques, des douteurs, des scrupuleux, etc.

En quoi consiste le trouble des organes qui cause de pareilles douleurs ? Actuellement, il semble se présenter dans des conditions favorables à l'examen : la douleur est à la peau du visage, n'est-il pas facile de se rendre compte de ce qui peut y être troublé.

Examinons donc la peau du visage : l'examen le plus minutieux ne nous montre rien d'anormal. La peau est saine, il faut seulement remarquer que le bout du nez et les deux côtés de la racine du nez sont un peu rouges, que l'épiderme y est un peu sec et fendillé. En outre, nous remarquons quelques boutons d'acnés sur le front : ce ne sont pas là d'ordinaire des choses bien douloureuses. La malade consent à se laisser toucher, tellement elle désire guérir ; la peau est souple, il n'y a aucun engorgement.

Profitons de l'occasion pour vérifier l'état de la sensibilité, nous savons que des modifications de la sensibilité sont souvent très pénibles. Nous promenons un cheveu sur la face suivant la méthode de Bloch, l'attouchement de ce cheveu est partout senti ; l'aesthésiomètre donne une sensibilité moyenne de 2 millimètres aux lèvres, de 15 millimètres aux joues et au front. Bien mieux nous pouvons faire une expérience fort curieuse, c'est la mesure de la sensibilité à la douleur avec l'algésimètre. Cet instrument, que nous avons fait construire depuis longtemps par M. Verdin, consiste en une aiguille dont la pression sur la peau est déterminée par un ressort et peut se lire sur une graduation. Quand on approche l'instrument de la peau on détermine un simple contact, lequel se transforme en une sensation de petite piqûre à la pression de 10 grammes en moyenne et en douleur rapidement intolérable à la pression de 20 à 25 grammes. On comprend que des personnes peu sensibles ne se plaindront de la piqûre qu'à 30, 40 grammes ou même à 100 grammes. Quels sont les chiffres que cet instrument va marquer sur la figure de cette femme ? Nous pouvons le prévoir par ce que nous savons de l'inflammation : cet instrument appliqué sur la peau enflammée d'un abcès par exemple serait intolérable à 5 grammes. Puisque la peau de cette dame est, d'après ce qu'elle prétend, affreusement

sensible et puisqu'elle provoque de telles douleurs, ne doit-elle pas se comporter comme un épiderme qui recouvre un abcès ? A notre grande surprise il n'en est absolument rien ; cette femme proteste au début parce qu'elle a peur de la piqûre, quand nous l'avons bien rassurée, quand nous lui avons bien montré l'importance de cette recherche pour son traitement, elle laisse appliquer l'aiguille et ne pousse un petit cri qu'au moment où l'instrument marque 23 ce qui est tout à fait raisonnable. Vous voyez donc que l'organe algique non seulement ne présente aucun trouble objectif mais n'a même pas les troubles de sensibilité que l'on pouvait prévoir.

Où siège donc cette douleur si grave ? Le sujet nous le dit lui-même : « Ce qui me fait le plus souffrir, c'est ma poitrine, parce que j'y étouffe, c'est mon cœur parce qu'il palpite, c'est ma tête parce qu'il me semble que je perds la raison. » La vraie douleur n'est donc pas dans la face, elle est dans l'ensemble du corps qui éprouve les troubles généraux de la suffocation ; cette prétendue douleur de la face est en réalité une angoisse générale. Ce qui le démontre c'est que la douleur a toujours été la même quel que fût le prétendu organe malade ; quand elle disait souffrir de l'utérus ou du dos le phénomène essentiel était toujours la même angoisse qu'à présent quand la douleur siège au visage. Mais que vient faire ici l'organe ? Il ajoute simplement une petite nuance à l'angoisse en y mêlant ses sensations propres, la douleur que ressent la malade c'est de l'angoisse en pensant au ventre, ou bien c'est de l'angoisse en pensant au dos, ou bien de l'angoisse en pensant à la figure. De même que le tic est une agitation motrice systématisée à laquelle se mêle la représentation d'un membre déterminé et par conséquent un mouvement déterminé, de même les algies ne sont que des angoisses systématisées dans lesquelles à l'angoisse générale se mêle la représentation d'une partie du corps qui semble être une partie douloureuse.

Dans l'interprétation de ces phénomènes, il y a donc deux problèmes : 1° l'explication de l'angoisse générale ; 2° la raison de cette systématisation particulière. Ici nous avons affaire à une arthritique dont les parents ont eu de l'asthme, qui est sujette elle-même à tous les troubles de circulation, aux congestions locales des arthritiques. Son estomac est fort paresseux et elle n'en tient aucun compte car elle le soumet à un régime d'alimentation exagérée et d'alimentation carnée qu'il ne peut supporter.

Il en résulte des fermentations stomacales et un état d'auto-intoxication qui ne fait que compliquer ces troubles circulatoires. Le fonctionnement du cerveau s'en ressent, la mémoire qui était, paraît-il, très belle dans la jeunesse a énormément diminué, l'attention est presque nulle et la malade s'absorbe dans une idée parce qu'il serait trop difficile de faire un effort pour penser à autre chose. Les efforts impuissants de l'attention et de la volonté amènent des troubles de la respiration, des angoisses générales.

Il est certain qu'il y a des malades qui n'ont pas de tendances à systématiser leurs angoisses tandis que d'autres rapportent tout de suite les troubles qu'ils éprouvent à tel ou tel organe. Cela tient probablement à des différences de caractère, d'intelligence et d'éducation. Certains de ces malades ont un sentiment vif d'incomplétude, d'insuffisance de leur pensée, ils ont le besoin de comprendre, d'expliquer, de préciser, cela d'ailleurs va en conduire quelques-uns à toutes les manies mentales de précision et d'interrogation. Ils ne se bornent pas à avoir une angoisse vague, ils cherchent quelle angoisse ils éprouvent, à quoi elle tient, de quoi elle dépend. Survient une petite douleur quelconque parfaitement réelle d'ailleurs, comme il en survient tant chez les arthritiques, à l'estomac, au ventre, à la matrice, à la peau de la face. La pensée de cette douleur s'associe avec l'angoisse concomitante, elle la précise et en cela elle satisfait un peu ces esprits toujours avides de précision. Il en résulte que l'angoisse ainsi précisée correspond mieux aux tendances de l'esprit du psychasthénique. Le système de pensée ainsi constitué est loin d'être parfait et complet, le malade est loin de délirer et de prendre parfaitement au sérieux sa prétendue maladie localisée. Remarquez que cette dame ne peut pas s'empêcher de rire quand elle nous parle de sa maladie derrière la peau de la figure, elle a au fond des doutes sur son interprétation de ses souffrances, elle n'accepterait pas du tout un traitement rigoureux de la peau de la face. Seulement, comme elle le dit elle-même, il faudrait un effort pour changer cette interprétation et cette association d'images, et puis elle ne saurait que mettre à la place : les angoisses vagues n'en sont que plus pénibles et elle effrayent davantage l'imagination.

On a essayé de soumettre cette malade au traitement hypnotique : elle s'est rendue pour cela dans une ville où l'hypnotisme

est très en honneur ; malgré des efforts patients on n'est parvenu à rien. Ce résultat négatif n'est pas pour nous sans intérêt : il confirme notre opinion sur ce point que les psychasthéniques ne sont pas hypnotisables. Leur abaissement général du niveau mental n'est pas identique au rétrécissement du champ de la conscience qui caractérise l'hystérique et n'amène pas les mêmes conséquences. Nous croyons que dans ce cas il faut plutôt se préoccuper de l'état général, un changement complet de vie et de régime, des pratiques hydrothérapiques, des excitations de la peau par des frictions alcooliques, des exercices de gymnastique modifieront, croyons-nous, la nutrition générale et réduiront les auto-intoxications. Puis la malade s'exercera graduellement à faire monter sa tension nerveuse sans arriver à l'angoisse ; des exercices de volonté et d'attention graduels lui permettront de ne pas tomber aussi vite et aussi facilement dans ces excitations viscérales. Quand il y aura progrès général, on pourra s'occuper un peu de l'état local de la peau de la face, de même que l'on réussit à faire faire aux tiqueurs des exercices d'immobilité du membre atteint du tic, quand on leur a d'abord inspiré confiance bien entendu, de même ici, on pourra habituer le malade à supporter des contacts, des impressions de froid ou de chaud sur la face, sans laisser venir son angoisse habituelle.

Observation 51. — **Crises d'angoisse nocturne à point de départ stomacal.**

Les algies se localisent le plus souvent sur les organes qui sont naturellement douloureux dans l'état psychasthénique, c'est pourquoi l'estomac est très souvent le point de départ de ce phénomène.

C'est ainsi que nous interpréterons ce cas singulier qui a paru embarrassant à bien des personnes. Il s'agit d'une jeune femme de 28 ans, Lyx..., fille d'une mère très nerveuse et insupportable, qui a toujours été elle-même une nerveuse. Depuis l'âge de 18 ans elle avait des douleurs de l'estomac et du ventre, elle s'en plaignait beaucoup, et elle avait même eu quelques idées hypocondriaques à ce sujet en répétant qu'on allait l'opérer de l'appendicite.

Il y a un an, quelque temps après un accouchement, elle a commencé à avoir au milieu de la nuit des crises singulières. Ces crises se sont répétées d'abord irrégulièrement, elles surviennent maintenant toutes les nuits. La malade s'endort tranquillement vers dix heures; puis vers une heure du matin, elle se réveille brusquement en poussant de grands cris, elle a la figure pâle, les yeux hagards, elle fait des contorsions de tout le corps, mais n'a pas de convulsions véritables. Elle répète qu'elle souffre horriblement de l'estomac, que ce sont des brûlures épouvantables et que cette douleur va déterminer sa mort prochaine : elle crie, elle pleure, elle demande l'extrême-onction. Cette agitation folle dure une heure ou deux, puis la malade se calme un peu et vers six heures du matin elle se rendort. Comme la comédie se reproduit toutes les nuits depuis six mois, le mari commence justement à s'inquiéter.

On a examiné les sécrétions gastriques, on a constaté l'hypochlorhydrie typique, l'absence complète d'HCl libre, une diminution considérable de l'HCl combiné et une hypopepsie à peu près complète. Ce sont là des troubles qu'on observe d'une manière banale chez beaucoup de neurasthéniques : suffisent-ils pour expliquer de semblables crises? On a parlé d'épilepsie : ce diagnostic n'est pas pour nous déplaire, comme nous vous l'avons montré, nous croyons qu'il y a lieu de rapprocher souvent ces états psychasthéniques et l'épilepsie, mais ici il n'y a vraiment rien qui rappelle bien exactement l'accès comitial. Il serait plus naturel de parler d'hystérie s'il y avait quelquefois de l'inconscience dans la crise, si nous pouvions relever quelques amnésies, quelques stigmates surtout au niveau de la région hypogastrique, mais nous ne trouvons rien de ce genre ici.

Restent les algies psychasthéniques, et nous pensons qu'il s'agit simplement d'une crise d'angoisse déterminée par une algie de ce genre. La malade est une aboulique et une inquiète, elle a depuis dix ans des préoccupations sur son estomac. Dans la journée, elle domine ses préoccupations et ne se laisse pas aller à l'angoisse, c'est pourquoi le repas de midi n'amène pas de crises semblables. La nuit, pendant le sommeil, elle présente une résistance moindre; il est probable que la fin de la digestion s'accompagne de fermentations acides déterminant des brûlures, ces brûlures confusément senties amènent des rêves qui doivent rouler sur le cancer de l'estomac ou sur l'appendicite. Elle reconnaît

d'ailleurs en souriant que nous avons deviné juste, que de tels rêves mettent en jeu de grandes émotions et lui causent des angoisses.

C'est en vain qu'elle a usé de tous les traitements de l'estomac, nous croyons qu'ils ne sont pas inutiles et dans des cas semblables nous nous sommes bien trouvés de traitements basés sur des principes différents, l'ipéca, l'acide phosphorique au début de la digestion, les alcalins à la fin, le carbonate de chaux, l'hydrate de magnésie. Mais ici nous sommes d'avis de tout supprimer, d'abord parce qu'elle a usé de tout cela, ensuite parce que l'emploi de médicaments entretient l'émotion hypocondriaque. Il vaut mieux, à notre avis, se borner à un régime sévère, à quelques pratiques hydrothérapiques, lui conseiller quelque exercice physique et même quelque travail mental ; il faut surtout insister sur l'affirmation sérieuse qu'elle n'a rien à l'estomac et qu'elle doit faire effort pour s'en convaincre. C'est ce que nous pouvons indiquer de plus sage. Comme la malade désire être hypnotisée et quelle a confiance en ce traitement, nous essayons de modifier ces convictions pendant un léger état d'engourdissement que l'on peut provoquer chez elle.

Il est rare de réussir aussi bien, cette jeune femme a bien voulu se laisser convaincre par notre autorité ; elle continue à avoir mal à l'estomac, cela est vrai ; mais elle n'a plus de crises la nuit, ce qui est toujours un gros progrès.

Observation 52. — **Algie de l'estomac.**

Deux mots seulement sur cette malade, Cœ..., femme de 29 ans, que vous devez simplement rapprocher de la précédente. Il s'agit en effet exactement du même phénomène, seulement il se passe dans la journée et par conséquent il est un peu moins dramatique. Trois heures après le repas « douleur atroce de l'estomac, la mort devant les yeux..., on ne souffre pas plus pour mourir, je ne pourrai plus manger, je ne puis déjà plus boire de vin. On ne me donne pas les soins que l'on doit à une mourante ». Qu'y a-t-il au fond de tout cela ? Du pyrosis, quelques aigreurs tout simplement avec grande réaction angoissante à cause de la faiblesse nerveuse sur laquelle se greffe ce phénomène.

Observation 53. — **Angoisses et algies en rapport avec l'abdomen et l'intestin.**

Nous ne pouvons insister sur ces malades, Mae..., femme de 60 ans ; Chr..., femme de 25 ans ; B..., femme de 50 ans, qui présentent des phénomènes tout à fait semblables à ceux que nous venons de discuter. Il suffit de les présenter ensemble rapidement pour vous montrer l'importance de ces angoisses localisées ou de ces algies et vous faire voir comment elles peuvent souvent rendre les diagnostics embarrassants. Ces trois femmes souffrent du ventre, il ne s'agit pas des organes génitaux, ce qui va constituer un tout autre groupe, il s'agit de l'intestin auquel elles rapportent leurs souffrances. Mais ces souffrances ne sont pas banales : ces malades ont à propos de leur ventre des angoisses épouvantables, elles crient et elles appellent au secours comme si on les égorgeait.

La première, convaincue qu'elle ne sera soulagée qu'en allant à la selle, se lève trente fois par nuit et elle voudrait passer la nuit sur un vase. La deuxième prétend qu'elle souffre comme si un ver la rongeait intérieurement, elle supplie son mari de l'assister dans les efforts qu'elle fait pour aller à la selle. Il faut qu'il la tienne continuellement par la main pendant cette opération. Elle pleure si on l'abandonne : « Dire que je suis condamnée à écouter les plaintes des autres et que personne ne veut écouter les miennes. » La troisième refuse même de manger à cause de la douleur que vont lui causer les aliments en passant par l'intestin. Chez toutes les trois, comme vous le voyez, il s'agit du même phénomène, des angoisses générales à point de départ intestinal. La raison de cette localisation n'est bien nette que chez la première : cette forme de sa maladie a débuté quand la malade a aperçu un peu de sang dans son vase, déterminé probablement par des hémorroïdes. C'est depuis ce jour qu'elle s'est crue perdue et qu'elle a rapporté toutes ses douleurs à l'intestin. Chez les deux autres il ne s'agit que de la constipation banale des neurasthéniques et de la gêne qu'elle provoque, cela a suffi comme point de départ de l'algie.

Le caractère général est le même également : chez les trois malades vous retrouverez l'aboulie, l'indifférence en dehors de l'objet

de leur préoccupation perpétuelle. Chez la seconde, Chr..., vous noterez un trait de caractère plus spécial : cette jeune femme de 25 ans habitait avec ses parents et son mari, depuis deux ans ses parents l'ont quittée et elle se sent seule. « Elle est délaissée, personne ne paraît l'aimer, son mari ne s'occupe pas assez d'elle, elle voudrait qu'on s'occupe d'elle comme d'un petit enfant, elle ne croit pas qu'elle ait grandi, il lui semble qu'elle est restée toute petite et elle voudrait quelqu'un qui la soigne, qui s'occupe d'elle constamment. » Ce caractère est très fréquent chez les abouliques qui voudraient qu'on décide pour eux, c'est une forme du besoin de direction. Il est probable que le désir de se rendre intéressante, de se faire soigner par le mari, a dû jouer un rôle dans cette fameuse maladie de l'intestin.

Observation 54. — **Algie de l'anus.** — *Peur de s'asseoir.*

Cette dame, Blu..., âgée de 43 ans, présentait, il y a quelques jours, quand nous l'avons examinée, un accident bien bizarre. Nous ne sommes pas bien sûrs qu'elle le présente encore, car elle semblait très facile à guérir et a pu être modifiée par une seule séance. Le fait est cependant si curieux qu'il faut vous le rappeler.

Quand elle est entrée dans notre cabinet, nous lui avons naturellement offert une chaise, mais elle l'a énergiquement refusée, en disant qu'il lui fallait rester debout, que c'était là sa maladie. Depuis le 25 avril dernier, c'est-à-dire depuis quatre mois, elle n'avait plus pu s'asseoir, tout au plus consentait-elle un peu à s'appuyer sur le côté gauche de la hanche mais il lui était impossible de mettre les fesses sur un siège. Dans le lit même il lui fallait prendre des précautions, elle ne pouvait coucher que sur le côté gauche, elle se réveillait brusquement si elle était étendue sur le dos. Elle a d'abord consulté des chirurgiens pour cette infirmité, et ces messieurs ont jugé avec raison que cette affaire était plutôt de notre ressort.

Pourquoi donc ne peut-elle pas, ou ne veut-elle pas s'asseoir? C'est un peu à cause d'une douleur qu'elle ressent au fondement quand elle appuie sur un siège dur; mais nous avons toutes raisons de croire que cette douleur n'est pas bien sérieuse; c'est plutôt à cause de la peur terrible de cette douleur. Distinguez

à ce propos entre les topoalgies et la crainte de ces douleurs locales qui n'existent pas encore. Il faudra que nous vous présentions à ce propos une malade que nous voyons en ce moment à la suite d'un choc sur l'épaule, elle refuse absolument de lever le bras. Nous avons cru d'abord à des contractures, à une douleur localisée; il n'y a rien de tout cela, il n'y a rien du tout à son bras, on peut le masser, le frapper sans rien déterminer. La malade a simplement la terreur de la douleur qui pourrait survenir, terreur assez grande d'ailleurs pour provoquer de violentes crises de nerfs. C'est également ici une terreur plus qu'une topoalgie.

L'origine est bien simple. Cette dame souffrait depuis longtemps d'hémorroïdes à l'anus. Elle a été opérée à Beaujon avec le plus complet succès. L'opération fut suivie de troubles probablement nerveux comme de la rétention d'urine; mais tout s'est bien terminé et le chirurgien, de nouveau consulté dernièrement, déclare que tout est parfaitement en ordre. L'opération a laissé en elle une impression si profonde qu'elle a la terreur de s'asseoir sur son fondement et de là est venue cette attitude extrêmement bizarre.

Nous pourrions comparer à cette observation un cas qui semble tout opposé mais qui a cependant de fortes analogies. Une jeune femme, déjà hystérique (elle a présenté autrefois de la paraplégie hystérique), après un accouchement évidemment pénible avait conservé la manie de rester toujours assise et de rechercher les sièges très durs sur lesquels elle s'appuyait fortement. Elle finit par avouer que debout elle avait la sensation de la tête du fœtus à la vulve et qu'elle n'était calmée qu'en appuyant sur un siège dur pour faire rentrer la tête. Idée fixe si vous voulez ou hallucination du sens tactile et musculaire, c'est un fait du même genre. Chez cette dame c'est aussi la persistance d'impressions anormales relatives à l'anus qui déterminent un état émotif et ces terreurs.

Il est trop évident qu'un phénomène aussi baroque ne se serait pas développé chez le premier venu. C'est une femme qui a présenté dans son enfance des terreurs nocturnes. Elle est très sujette aux obsessions en a déjà eu de fort graves : elle a eu diverses formes d'onomotomanie, et elle était poursuivie par la pensée d'un mot particulier qui lui faisait peur. Ajoutez qu'elle a pris de la morphine et vous comprendrez sur quel terrain s'est développée la phobie actuelle.

Dans ces conditions il est probable que l'accident disparaîtra facilement. Comme nous expliquions son histoire devant elle, elle a d'abord été étonnée, puis elle a fini par convenir elle-même que nous avions raison et que cela pourrait bien être « une toquade ». En insistant un peu à l'état de veille, nous sommes arrivés à la faire asseoir correctement quelques instants. Il est probable qu'elle fera ou qu'elle a déjà fait des progrès rapides.

Permettez-nous de mettre à côté d'elle cette dame L..., âgée de 46 ans. « Mon anus, dit-elle avec naïveté, a joué un rôle énorme dans mon existence. » Elle le soigne, en effet, avec un amour singulier, car il est chez elle le point de départ d'angoisses horribles. Elle prend toujours un lavement avant d'aller à la selle, « car l'angoisse serait horrible si les matières étaient dures, » vous voyez qu'il n'y a pas d'organe qui ne puisse donner lieu à des algies.

Observation 55. — **Algie ovarienne et utérine.** — *Ovarie intense, immobilité au lit pendant dix mois, examen chirurgical, angoisse, vaginisme, hésitation, aboulie, difficulté de l'action devant des témoins, entraînement méthodique.*

Les organes qui seront le plus exposés à déterminer des algies seront certainement les organes génitaux, probablement parce que le fonctionnement de ces organes est déjà naturellement capable de déterminer des émotions vives. Il est presque inutile de vous présenter des hommes qui ont des terreurs à propos de leurs testicules ou de leur urètre presque toujours à la suite de quelque maladie vénérienne, vous les connaissez bien. Vous les observerez surtout dans les cliniques des voies urinaires où on a souvent à distinguer, comme dit M. le Pr Guyon, ces faux urinaires des vrais urinaires. Ces algies sont aussi très fréquentes chez les femmes et le chirurgien doit bien les connaître pour ne pas faire à chaque instant des opérations dangereuses et inutiles.

Au milieu de ces algies banales des voies génitales et des ovaires, l'observation de cette personne nous paraît avoir un certain intérêt à cause de l'origine de l'algie qui montre bien sa véritable nature et de son rapport étroit avec les manies mentales et la folie du doute.

Cette femme de 30 ans, Vr..., est couchée : on ne peut vous la présenter que sur un brancard, c'est même une assez grave affaire que de l'amener jusqu'ici car elle est terrifiée par le moindre déplacement et il a fallu la transporter sans la moindre secousse. Elle est sur son lit dans cet état d'immobilité à peu près absolue que vous voyez depuis dix mois entiers et il est impossible d'obtenir qu'elle se lève un instant ou même qu'elle se déplace dans son lit. C'est qu'elle souffre d'intolérables douleurs dans la matrice, dans les ovaires et dans la cuisse droite. Ces douleurs sont telles que l'on ne peut toucher à ces régions, la malade pousse des hurlements et suffoque d'angoisse dès que l'on fait mine d'approcher la main. Cette exagération de la douleur est déjà significative et ne se rencontre guère dans les salpingites véritables, mais nos soupçons sont aggravés par l'examen chirurgical qui a été pratiqué deux fois. « Les chirurgiens, s'écrie la malade, se sont conduits d'une manière indigne. » Pas précisément, car voici ce qui s'est passé : deux chirurgiens des plus compétents ont examiné l'état des organes pendant le sommeil chloroformique, car l'examen aurait été impossible pendant la veille ; ils ont conclu que les organes étaient entièrement sains et se sont absolument refusés à faire aucune opération, leur conduite ne nous paraît pas si indigne.

Notre examen nous montre une exagération de la sensibilité à la douleur en ce sens que le contact détermine de grands réflexes émotifs ; nous notons aussi, mais avec peu de netteté, une petite diminution de la sensibilité tactile à la cuisse droite et au côté droit du ventre dont la malade se plaint davantage, mais cette diminution est légère et vu l'émotivité du sujet difficile à préciser. Nous constatons aussi un certain trouble du mouvement, la cuisse droite est constamment ramenée en adduction forcée mais il n'y a pas de véritable contracture ; remarquons aussi un véritable tic de la main droite qui constamment vient frotter le côté droit du ventre, la robe est usée à cet endroit et la peau du ventre est un peu rouge et irritée par ces frottements continuels : la malade qui ne nous laisse pas toucher son ventre le touche elle-même très fort.

Ces quelques remarques permettent-elles de rattacher ces troubles nerveux à l'hystérie ? Cela est douteux, et pour avoir une opinion plus nette il faut étudier dans quelles conditions cette douleur invraisemblable s'est développée.

On a enlevé le brancard de la malade et nous pouvons vous exposer en deux mots des renseignements qu'il nous a été très difficile d'obtenir et qui caractérisent bien l'état mental du sujet.

La mère semble avoir été très nerveuse, mais nous ne savons rien de plus sur les antécédents. L'enfant fut toujours sans grande énergie, intelligente, rêveuse, mais paresseuse et facilement inquiète.

Quand elle se maria à l'âge de 22 ans, il y eut déjà quelques premiers troubles relatifs au ventre, elle ne toléra que très difficilement les rapports avec le mari et eut du vaginisme ; cependant tout se calma quand elle devint enceinte. Les couches furent difficiles et elle conserva la terreur de l'accouchement si bien qu'elle prit depuis ce moment la terreur des rapports génitaux de peur d'être enceinte de nouveau. Cependant comme son mari se séparait d'elle, elle se laissa faire la cour par un personnage qui réussit à l'emmener l'année dernière. A peine lui eut-elle cédé qu'elle fut prise de terreur, d'angoisses si fortes qu'elle tomba malade chez lui. Épouvantée de sa situation, elle ne rêvait qu'à une seule chose : rentrer chez elle, être malade dans son propre lit, dût-elle ne jamais le quitter. De retour chez elle, elle se coucha en effet avec bonheur, tourmentée déjà par la pensée de ses parties génitales.

Peu de jours après, l'amant revint la trouver et lui exposa que cette situation ne pouvait se prolonger, qu'elle devait se décider à quitter définitivement son mari et sa petite fille pour venir vivre avec lui. Cette demande la bouleversa : si elle ne tenait plus physiquement à son mari, elle y tenait moralement et surtout elle ne voulait pas abandonner l'enfant. D'autre part elle aimait son amant et ne voulait pas qu'il s'en allât définitivement. Dans son incertitude, elle remit la réponse à plus tard quand la maladie qui la tenait au lit serait terminée, puisqu'aussi bien elle ne pouvait plus maintenant s'en aller.

Cette solution elle ne peut jamais la trouver et depuis dix mois elle en est restée au même point. Elle avait peur de guérir pour être obligée de choisir entre son mari et son amant, cette incertitude s'accompagnait d'angoisse qui rappelait la souffrance du bas-ventre et s'associait avec elle. Peu à peu toutes ses émotions ont pris, si on peut ainsi dire, une forme abdominale : l'attention étant constamment braquée sur la matrice. « Si je lis ou si je réfléchis trop, dit-elle, j'ai mal à la tête dans le ventre, si je ne

digère pas bien, j'ai mal au cœur dans le ventre. Un jour qu'on m'avait mise sur un balcon élevé, j'ai eu le vertige dans le ventre. » Ces expressions sont jolies et nous montrent bien la nature des algies, l'émotion est un état diffus qui éveille la sensibilité de divers organes ; suivant la direction de l'attention nous pouvons sentir plus nettement tel organe plutôt que tel autre ; dans la peur, il y a tremblement des jambes, spasme de l'intestin, palpitation du cœur, anxiété respiratoire. Il est fort possible, c'est une chose à rechercher, que tel individu sente mieux le tremblement des jambes, tel autre les palpitations du cœur, tel autre l'anxiété respiratoire et chacun sentira et décrira son émotion à sa manière. Dans ces angoisses qui sont réelles et très fortes elle ne sent que le petit phénomène qui se passe dans le bas-ventre, car c'est là qu'elle rapporte tout : « Je vis, dit-elle, suspendue à mon ventre. »

Quelques modifications de la maladie confirment ces remarques : elle a eu il y a quelque temps une douleur assez forte dans une oreille, cette douleur l'a inquiété et pendant quelques jours les angoisses ont été dans l'oreille, puis quand l'oreille s'est guérie, elles sont revenues au ventre.

Une remarque plus curieuse, c'est qu'elle souffre plus devant des témoins que si elle est absolument seule. On a même constaté avec stupéfaction que, si elle se croit seule, il lui arrive de faire des mouvements et même de se lever pour faire quelques pas dans la chambre, ce qui lui paraît une chose invraisemblable quand elle est devant d'autres personnes. La première explication d'un acte semblable serait la simulation : elle ne souffre pas, dira-t-on, comme elle veut le faire croire, elle cherche à tromper puis qu'elle marche quand elle est seule.

Cette explication par la simulation nous a toujours paru un peu enfantine ; remarquez que le même acte se retrouve dans les anorexies, surtout dans l'anorexie mentale des scrupuleux : ils refusent de manger et ils mangent quelquefois en cachette. Ces actes se rattachent toujours à la différence si importante qui existe entre les actions exécutées en public et celles qui sont faites dans la solitude.

Manger en public pour une scrupuleuse qui a honte de son corps, c'est un acte infiniment plus difficile que de manger seule sans qu'on le sache. Aussi quand ces malades vont un peu mieux, quand elles commencent à avoir la force de manger sans tomber

dans les angoisses, elles ne peuvent d'abord faire cet acte que dans la solitude avant de pouvoir le faire devant d'autres personnes. Pour Vr..., marcher devant des témoins, c'est une grosse affaire, c'est avouer qu'elle n'est plus malade, c'est s'obliger à prendre la résolution qui lui coûte tant. Marcher un peu seule est beaucoup plus simple, car il n'y a à surmonter que l'appréhension personnelle qui n'est pas énorme. Au fond, elle sait fort bien qu'elle n'a rien de malade dans le ventre et que sa maladie est surtout mentale. C'est pourquoi la grande angoisse se produit beaucoup moins lorsqu'elle est seule et se produit beaucoup plus s'il y a des témoins, sans qu'il y ait à cela aucune simulation.

Au contraire ses douleurs augmentent tous les fois qu'elle a reçu une visite de l'amant qui réclame une résolution, son aboulie l'empêche d'arriver à cette résolution, « il me semble que j'ai tous les nerfs de la volonté coupés » et il se fait une dérivation d'autant plus intense sous forme d'angoisse abdominale.

Enfin, ajoutons un dernier détail qui servira pour le diagnostic, nous avons cherché si la suggestion hypnotique était possible. Quoique la malade acceptât ce traitement avec enthousiasme, il a été impossible d'arriver au sommeil complet. On prend de l'influence sur la malade, on peut la diriger, elle tient même beaucoup à cette direction, mais ce n'est pas la véritable suggestion hystérique.

Toutes ces remarques nous permettent de rapprocher cette algie de la névrose d'angoisse, des manies mentales d'hésitation, de l'aboulie des psychasthéniques. Cette malade guérira-t-elle ? Nous ne croyons pas qu'elle puisse guérir dans les conditions où elle est placée ; l'isolement qui est loin d'être nécessaire chez tous les scrupuleux serait ici indispensable ; il faudrait la séparer du mari et de l'amant, obtenir par l'éloignement qu'elle les oublie un peu tous les deux. Alors seulement on pourrait lui apprendre à diriger autrement son attention et à modifier cette forme de l'émotion.

Observation 56. — **Algie de la vessie et de l'urètre.** — *Incontinence d'urine, blennorragie, crainte des pertes séminales, mictions difficiles, hypocondrie urinaire.*

Voici un exemple, pris entre beaucoup d'autres, des algies génito-urinaires chez l'homme ; il est inutile de vous présenter des cas

nombreux de cette affection, tous les malades étant très semblables les uns aux autres. Cet homme de 48 ans, Cpt..., semble avoir eu presque toute sa vie des troubles génito-urinaires comme s'il y avait une prédisposition spéciale des centres cérébraux de ces fonctions chez certains individus, ou plutôt comme si les circonstances et de mauvaises habitudes créaient chez eux cette prédisposition.

Ce malade débute dans son enfance par une incontinence d'urine nocturne qui ne cesse qu'à l'âge de 14 ans, au moment où il commence à se masturber. Ce premier fait confirme l'opinion de J.-L. Petit qui attribuait déjà l'incontinence nocturne des petits enfants à des préoccupations urinaires. Ces préoccupations déterminent la pollakiurie diurne et la nuit elles amènent des rêves urinaires suivis de l'émission des urines. Ce n'est pas une vraie incontinence, c'est une miction automatique pendant des rêves. Le malade se souvient encore qu'étant jeune il rêvait très souvent qu'il pissait contre un mur et que ce rêve était suivi de l'émission de l'urine. Ces rêves cessent au moment de la puberté quand l'attention du petit malade est dirigée d'un autre côté et que des rêves différents amènent non des mictions mais des pollutions nocturnes. Les masturbations et les pollutions durèrent jusqu'à l'âge de 20 ans.

A ce moment, il partit au service militaire pendant trois ans. Ce changement d'existence et surtout la discipline, eurent dans un cas de ce genre une excellente influence et jamais Cpt... ne s'est mieux porté, toutes les préoccupations génito-urinaires s'effacèrent pendant plusieurs années.

Malheureusement à 27 ans il attrappe une blennorrhagie, cette maladie, qui, comme dit M. le Pr Guyon, « est la pierre de touche des cerveaux faibles », l'a complètement bouleversé. « Il me semblait, dit-il, que j'avais une fuite, que toute mon énergie s'en allait par là. Et ce n'était que trop vrai, je perdais la volonté, l'attention, la mémoire, je ressentais une fatigue horrible, je devenais incapable du moindre effort, je trouvais que tout devenait drôle, étrange, impossible à atteindre. Voilà vingt ans de cela et je n'ai jamais guéri depuis, je ne suis plus jamais redevenu l'homme que j'étais au régiment, ma personne est restée toute changée. »

La chaude pisse a fini par guérir, mais il a conservé une gêne en urinant, une fatigue dans toute cette région et des habitudes

au moins bizarres. Ce pauvre homme s'est mis en tête qu'il se sentait mieux portant quand il tenait sa verge fortement serrée entre ses mains ; il prétend qu'il était soulagé en empêchant les fuites. Il est plus probable qu'il déterminait ainsi une certaine masturbation, une certaine excitation qui relevait un peu sa tension nerveuse, son niveau mental et diminuait ses sentiments si pénibles d'insuffisance et d'incomplétude. Nous avons été consultés par un pauvre individu qui se croyait poète, mais qui avait besoin d'une certaine excitation pour faire venir l'inspiration. Il ne trouvait rien de mieux que de tenir son membre pendant qu'il composait des poésies idéales et de pratiquer constamment une légère masturbation qui ne devait pas aller jusqu'à l'éjaculation. Excusez ces détails malpropres, mais il est bon que vous connaissiez ces singulières pratiques. Tous les débiles ne recourent pas à l'alcool ou à l'absinthe pour se procurer une excitation momentanée, il en est qui croient éviter le danger de ces poisons en recourant à des excitations tout aussi dangereuses.

Quoi qu'il en soit, les pratiques de notre malade ne le guérirent pas, au contraire elles aggravèrent ses préoccupations génitales. Le voici pris de la crainte des pertes génitales, de l'idée fixe qu'il a continuellement de ces pertes. Mais ce qui est devenu plus grave, c'est qu'il souffre horriblement de la vessie, de la prostate, de l'urètre. Ces douleurs sont angoissantes, il se figure dix fois par jour qu'il va en mourir, il a presque des syncopes et il appelle constamment au secours.

La première question dans des cas de ce genre c'est de s'assurer s'il n'y a pas réellement une lésion de l'urètre ou de la prostate, une infection de la vessie qui détermine au moins en partie les douleurs du malade. Dans le cas actuel le malade nous arrive à la clinique avec la lettre suivante de M. le Dr Jules Janet : « Je vous adresse un Jean-Jacques Rousseau. Localement, je trouve un urètre très large, très extensible, sans rétrécissement, ni lésion d'aucune sorte ; il est même peu sensible au contact et n'est pas du tout hyperesthésique pour la douleur. La prostate est un peu grosse, mais elle ne gêne pas encore la miction, elle sécrète une grande quantité de liquide prostatique que le malade prend pour du sperme, il ne me semble pas qu'il y ait spermatorrhée. La vessie est normale, non infectée, peu sensible et un peu distendue probablement à la suite des pratiques urinaires du sujet ». Vous voyez qu'il n'y a absolument rien qui puisse expliquer les douleurs

et les angoisses. C'est bien un cas analogue aux précédents dans lesquels une névrose d'angoisse se joint à la pensée d'un organe qui attire l'attention. Vous ne vous figurez pas à quel degré peuvent arriver ces angoisses urinaires chez des hommes un peu âgés qui sont mis à la retraite et qui n'ont plus leur travail ordinaire pour faire diversion. Nous avons observé cette pychonévrose chez un grand savant, un de nos maîtres que de tristes événements avaient privé de ses occupations ordinaires, elle a empoisonné la fin de sa vie. Nous venons de la revoir chez un officier supérieur mis à la retraite à la limite d'âge ; il veut pisser tous les deux minutes et il ne sait plus que gémir.

Remarquez aussi chez ce malade cette curieuse évolution qui depuis son enfance a fait de lui un génito-urinaire mental : il correspond bien à la description que M. Jules Janet a donné de ces malades dans sa thèse sur les psychopathes urinaires. C'est tout à fait l'histoire si célèbre de Jean-Jacques Rousseau.

Observation 57. — **Algie de la tête.** — *Mère alcoolique, deux accouchements, fièvre puerpérale, métrite, céphalalgie.*

Voici quelques algies de localisations plus rares, dont le diagnostic est plus embarrassant. Cette jeune femme de 25 ans, Ct..., a un aspect tout particulier, ses cheveux sont coupés, mais vous remarquerez au centre, dans la région du vertex, une place où les cheveux manquent absolument ou du moins ils sont beaucoup plus courts et comme rasés, c'est qu'elle a le tic à certains moments de frotter furieusement cette place du crâne jusqu'à en user les cheveux. Elle fait ce mouvement parce qu'elle souffre atrocement à ce point de la tête. « Ce sont des souffrances à en mourir qui me font étouffer et qui me font sauter le cœur. »

Nous ne reprendrons pas notre discussion précédente. Il n'y a pas de méningite, ni aucun signe de tumeur cérébrale ; cette femme se porte tout à fait bien en dehors des heures d'atroces douleurs cérébrales et celles-ci durent depuis deux ans sans avoir endommagé la santé générale. Il s'agit de troubles nerveux qui ne nous semble pas, vu l'absence d'autres stigmates, pouvoir être rattachés à l'hystérie. Ce sont de grandes angoisses générales associées avec une douleur de tête et lui donnant toute son importance.

La mère était une hystérique alcoolique, l'enfant aurait commencé des obsessions depuis l'âge de 18 ans, elle était hypocondriaque et avait l'idée obsédante qu'elle serait enterrée vivante. Deux accouchements rapprochés, le second suivi de fièvre puerpérale et de métrite ont encore abaissé le niveau de sa tension nerveuse. Elle est aboulique et plus inquiète que jamais, peu à peu son inquiétude s'est portée sur sa tête où elle ressentait depuis bien des années les douleurs qu'ont les névropathes au vertex ou à l'occiput, douleurs qui correspondent, croyons-nous, dans la majorité des cas à la place des fontanelles. Ces douleurs l'ont effrayée, elles se sont associées avec les émotions et les angoisses et c'est maintenant une femme qui a des angoisses dans la tête, au vertex, au lieu de les avoir au bas-ventre.

Un mot encore, cette dame a imaginé pour se guérir de boire de petits verres d'alcool : chose curieuse, cela la soulage effectivement. L'alcool est un excitant qui relève la tension nerveuse, voilà qui confirme nos idées que l'angoisse est en rapport avec l'abaissement de cette tension. Malheureusement, l'épuisement consécutif étant plus grand, le remède est pire que le mal : nous aurons bien de la peine à décider cette femme à un régime tout différent qui serait indispensable.

Observation 58. — **Algie de la tête survenant par crises.** — *Tics du cou, algies du rectum, obsessions criminelles.*

Remarquez l'attitude de cette pauvre femme, Box..., âgée de 50 ans. Elle a la tête fortement rejetée en arrière et elle cherche à appuyer sa tête contre un mur, en outre elle tient ses deux mains contre son front qu'elle serre violemment, enfin sa figure exprime une violente souffrance, elle pleure et a une respiration haletante entrecoupée de grands soupirs. Les personnes qui la conduisent nous disent « qu'elle a sa crise et qu'elle va rester ainsi deux ou trois jours sans pouvoir faire autre chose que de gémir à cause des effroyables douleurs qu'elle ressent dans la tête. Ces crises la prennent tous les quinze ou vingt jours depuis une dizaine d'années et n'ont pu être diminuées par aucune médication. »

De pareilles douleurs dans la tête sont bien singulières et si nous n'étions avertis qu'elles existent depuis dix ans sans avoir aucunement troublé la santé du sujet nous pourrions être inquiets. Mais notez tout de suite que la malade n'a pas d'autres troubles orga-

niques sérieux, qu'elle a de l'embonpoint et que, si ce n'est que son visage est actuellement décomposé par la souffrance, elle paraît se bien porter. Elle peut marcher avec une singulière attitude, il est vrai, elle peut remuer les bras, elle n'a pas de déviations oculaires, elle parle facilement et correctement, il n'y a rien à redouter de bien sérieux et cette crise va se passer dans quelques heures comme tous les autres.

L'examen de la région peut-il nous expliquer de quoi il s'agit : pour nous permettre d'examiner sa tête, la malade déplace ses mains, elle retire un énorme paquet de ouate qu'elle tenait appliqué sur l'occiput et elle abaisse très facilement la tête en avant. Il n'y a donc pas de contracture des muscles occipitaux, et l'attitude de la tête en arrière était presque volontaire. Nous disons presque, car la malade se plaint d'être poussée malgré elle, de remettre sa tête en arrière, dès qu'elle n'y pense pas ; son mal de tête ne se calme un peu que si sa tête est appuyée contre un mur ou contre une colonne et en effet pendant qu'elle nous parle elle la replace en arrière. Il y a donc là une sorte de tic plutôt qu'une contracture. Nous examinons la région dont elle se plaint puisqu'elle dit souffrir depuis l'occiput jusqu'aux épaules, il n'y a aucune altération visible, ni aucun trouble de sensibilité objectivement appréciable. Ces quelques remarques nous portent à supposer que nous avons affaire à des algies de la tête accompagnées d'un tic spécial et d'angoisse.

C'est ce que l'histoire de la malade confirme complètement : les parents n'ont point été malades quoique la mère fût nerveuse et colère, mais du côté de la mère il y a deux tantes hystériques et une cousine qui, autant que nous pouvons le comprendre, tombait du haut mal. Cette personne débuta par des migraines depuis la puberté ; vers l'âge de 17 ans, elle tomba par terre du haut d'un tabouret, il en résulta une grande douleur dans les fesses et dans l'anus.

Pendant quatre ans elle conserva cette douleur que rien ne pouvait expliquer et qui l'empêchait même de s'asseoir : il lui semblait, dit-elle dans son langage imagé, qu'un bâton s'enfonçait dans son fondement. Cette douleur et cette sensation commencèrent à s'effacer vers l'âge de 21 ans et à ce moment recommencèrent les anciennes migraines. « C'est un mal qui me prend à l'occiput, ma tête s'embarrasse, c'est comme si ma tête éclatait en morceaux, cela me fait mal jusque dans le dos et je suis forcée d'avoir la

tête en arrière. La souffrance me fait étouffer, me donne mal au cœur, me force à pousser des cris. » En un mot quelques migraines se compliquaient de toutes ces terreurs, de tous ces phénomènes d'angoisse dont elle avait pris l'habitude à la suite de sa chute et de son algie du fondement. Ces crises se sont répétées à des intervalles plus ou moins grands à peu près sans modification jusqu'à l'âge de 40 ans.

A ce moment, elle fut prise d'influenza qui lui laissa une grande fatigue et comme un engourdissement du cerveau. Elle répétait qu'elle se sentait devenir folle, qu'elle ne se reconnaissait plus et la voici tourmentée par l'obsession du suicide, elle avait peur de se détruire et prétendait y être poussée comme les folles. Puis elle eut des obsessions criminelles, elle se reprochait d'avoir volé sa patronne, elle avait peur d'empoisonner son petit neveu. Ces obsessions s'accompagnaient de tableaux imaginaires: elle se voyait devant le tribunal, elle allait être guillotinée, elle était maudite par tous les honnêtes gens. En un mot après les algies, la voici en pleine période d'obsession et notez que, pendant les trois ans que durèrent ses obsessions, il ne fut plus question une seule fois ni d'algie du fondement, ni d'algie de la tête.

Au bout de trois ans, les idées s'effacèrent peu à peu et il y eut une certaine accalmie. Depuis un an à peu près les troubles recommencent probablement à l'occasion de la ménopause dont elle présente seulement les premiers signes. Il y eut deux ou trois migraines simples, c'est-à-dire sans grande réaction, mais peu à peu, elle se sentit avant les migraines envahie par une tristesse, une inquiétude, une aboulie énorme, puis au moment du mal de tête survinrent les tics et les angoisses. Cette histoire confirme tout à fait notre interprétation qui considère ces maux de tête comme des algies des psychasthéniques. Vous pouvez si vous le désirez imaginer qu'il y a un centre de représentation de la tête dans l'écorce et que le trouble général se localise particulièrement dans ce point. Ce langage est permis, s'il vous semble plus clair, mais ce n'est qu'une traduction imagée de l'interprétation psychologique.

Observation 59. — **Bruits dans la tête.** — *Paludisme, neurasthénie, aboulie, émotivité.*

Cet homme de 32 ans, Fz..., est singulier, nous n'avons pas la

prétention d'expliquer tout ce qu'il ressent. Il se plaint que depuis quatre ans il souffre d'une manière ininterrompue de bruits et de musiques dans la tête : tantôt ce sont des coups de pistolet et de tam-tam ou des sifflets de chemins de fer, des cloches, des cascades d'eau ; au plus bas degré c'est le bruit de l'eau qui va bouillir et le chant de la cigale.

Notre première pensée a été de songer à une lésion de l'oreille ou à une obstruction tubaire qui d'ordinaire fait entendre le bruit des pulsations sanguines, ou à une sclérose progressive de l'oreille moyenne qui cause des bourdonnements, des tintouins. Nous pensions que le diagnostic de M. Gellé à qui nous l'avions adressé nous expliquerait tout suffisamment. Mais voici que M. Gellé après deux examens attentifs nie absolument que le cas soit de son ressort : la trompe, le conduit, la caisse, sont absolument intacts, l'audition d'ailleurs est parfaite dans toutes les conditions ; on ne peut rattacher ces bruits à une lésion de l'oreille.

Voici comment ils sont survenus : les parents ne semblent pas avoir été nerveux, le père est mort tuberculeux. Le malade n'était pas un jeune homme très énergique, mais se portait assez bien jusqu'à l'âge de 27 ans. A ce moment il fut atteint par les fièvres paludéennes d'une façon très grave ; après la guérison il resta très épuisé et tomba dans un état neurasthénique qui est loin d'être rare dans le paludisme ; il se sentait de plus en plus épuisé, il avait des maux de tête et de l'insomnie. Une nuit qu'il était fort inquiet et très angoissé, les maux de tête parurent se transformer en bruits, c'étaient comme des coups de pistolets qui éclataient. Depuis, ces bruits ont varié d'intensité, ils vont en général en diminuant, mais ils n'ont jamais cessé complètement.

Le malade localise ces bruits dans l'intérieur de la tête, tantôt au vertex, tantôt quelques centimètres en arrière sur la ligne médiane, c'est la place ordinaire de ces maux de tête. Il fait à ce propos une différence curieuse entre la région antérieure et la région postérieure de sa tête : « La première est bonne, elle pense très convenablement, la deuxième est absurde, il y a là un poids, une griffe, qui souvent retourne le cerveau plusieurs fois d'avant en arrière. » Les circonstances qui diminuent les sons sont le repos absolu à la campagne, avec quelques exercices physiques ; les circonstances qui les augmentent sont toutes les émotions et surtout la moindre résolution à prendre « Quand je dois répondre à une lettre, je dois penser à ce que je dois écrire, avoir la concep

tion de l'affaire, j'en suis épuisé : l'orchestre marche dans ma tête et cela se termine par des coups de pistolet. » Aussi reste-t-il parfaitement calme à la campagne, n'osant se livrer à aucune lecture : la vie physique des paysans étant ce qui lui convient le mieux.

Il est évident qu'il s'agit d'un état psychasthénique avec aboulie, émotivité et angoisse : nous voyons l'angoisse survenir après les résolutions, mais nous ne nous chargeons pas d'expliquer pourquoi les maux de tête prennent chez ce malade la forme subjective de bruits dans la tête.

Observation 60. — **Akinesia algera.** — *Chute sur l'épaule, immobilité, sensibilité, angoisses.*

Nous voudrions vous présenter cette malade à laquelle nous avons fait allusion il y a huit jours quand nous parlions des malades qui ont des terreurs à propos d'un mouvement particulier.

Cette dame de 47 ans, Zr..., un peu nerveuse, mais sans accidents caractéristiques, a fait une chute sur l'épaule gauche, il y a quatre mois. Elle ne s'en est pas ressentie tout de suite ; les mouvements sont restés libres pendant trois semaines, ce qui montre qu'il n'y avait ni fracture, ni luxation. Mais après ce moment, elle a senti que son bras était lourd et qu'il ne pouvait pas exécuter certains mouvements, en particulier l'élévation.

A une consultation, où elle a été, on n'a trouvé rien d'anormal et on lui a simplement ordonné un peu de massage. Mais voici une chose singulière : quand le masseur a eu la prétention de lui toucher l'épaule, elle s'est écartée avec terreur en poussant des cris horribles. Quand il a insisté pour soulever le bras, elle est tombée dans une crise d'angoisse et d'agitation, si bien que le masseur n'a plus voulu continuer et nous l'a renvoyée.

Aujourd'hui, elle n'a pas de troubles de la sensibilité superficielle, ni de la sensibilité profonde de l'épaule, on peut en la calmant et avec précaution s'en assurer. Il est même probable qu'il n'y a pas de contractures : notre impression c'est qu'elle pourrait très bien, peut-être après un peu de massage et de mobilisation, remuer son épaule, mais il est impossible de le vérifier. En effet, dès qu'on essaye de soulever le bras, elle pousse

des cris horribles et nous avertit qu'elle va avoir une crise de suffocation. C'est la peur de l'angoisse, elle le sait très bien et la peur d'une souffrance qui peut-être n'existera pas, qui arrête le mouvement. Nous vous avons déjà présenté autrefois[1] une impuissance motrice de la jambe tout à fait du même genre, que nous avions comparée à l'akinesia algera de Mœbius. Cette malade s'est bien guérie parce que nous avons pu forcer son mouvement pendant l'hypnose qui était chez elle très facile. Il ne nous semble pas qu'il en soit de même ici, mais cette dame sait bien qu'elle remue beaucoup mieux son bras quand elle n'y fait pas attention. Elle arrivera à se distraire de cette terreur et alors il ne restera probablement pas grand'chose de son impotence.

Observation 61. — **Algie du sein.** — *Obsessions hypocondriaques, émotivité, angoisses.*

Ce que nous avons à dire sur les souffrances de cette jeune femme peut être dit devant elle car elle va profiter elle-même de notre petite leçon.

Cette dame Her..., qui est âgée de 38 ans, souffre du sein gauche, très fortement depuis un an et d'une manière légère depuis près de dix ans. Elle croit avoir une tumeur de la mamelle et elle est venue à Paris avec le désir de se faire opérer. Comment se fait-il cependant qu'elle échoue à notre cours à la Salpêtrière. Nous ne manions pas le bistouri et nous n'avons pas l'intention de lui amputer un sein. C'est que les souffrances au sein comme ailleurs ne sont pas toujours d'ordre chirurgical et qu'elles ont quelquefois besoin de traitements moins sanglants mais bien plus difficiles.

La douleur de cette dame a commencé vers l'âge de 26 ans. Elle a diminué au bout d'un an sans que la préoccupation disparût tout à fait; en somme elle a persisté plus ou moins grave pendant dix ans. Cette douleur a beaucoup augmenté et devient intolérable depuis un an. S'il y avait une tumeur quelconque, en ces dix années elle aurait eu le temps de devenir visible. Or, malheureusement personne, même pas le chirurgien, ne peut la voir, ni la sentir. Her... a des seins très petits, très affaissés,

1. *Névroses et idées fixes*, II, p. 311, observation 86.

avec des glandes plutôt rudimentaires, mais les deux seins sont absolument pareils et il n'y a rien, ni dans l'un ni dans l'autre. C'est déjà une présomption énorme pour que la douleur ne dépende pas de l'organe, surtout bien entendu quand on songe à la durée.

En outre, ajoutez rapidement ce que nous savons du caractère de cette femme et de quelques circonstances de sa vie. Impressionnable au suprême degré, très préoccupée de sa santé, ayant l'habitude de se forger des chimères pour la moindre des choses, elle a été très malade pendant les premiers mois d'une grossesse, ne voulant pas accepter qu'elle était enceinte et s'attribuant des maladies fantastiques. Elle a une habitude déplorable c'est celle de lire des ouvrages de médecine. Rien n'est plus dangereux que de faire de la médecine sur sa propre santé, rien de plus épouvantable qu'un médecin qui veut se soigner lui-même. Qu'arrivera-t-il pour une brave dame, intelligente sans doute, mais qui comprend la médecine à sa façon ? Jugez de ce que son esprit peut faire sur les squirres, les cancers, les carcinomes, etc. Ces remarques sur son caractère et sur ses dispositions hypocondriaques confirment tout à fait nos observationr sur l'état des seins.

Ce n'est pas une maladie imaginaire, c'est une maladie par imagination : ce n'est pas tout à fait la même chose. En l'appelant malade imaginaire on semblerait dire que sa douleur n'existe pas et qu'elle est une menteuse. Ce n'est pas du tout notre idée ; sa douleur existe et par les réactions angoissantes dont elle s'accompagne elle est atroce, elle trouble la digestion, le sommeil, toute la vie ; mais si réelle qu'elle soit elle n'est pas produite par l'organe, elle est produite par un travail du cerveau.

Comment la malade en est-elle venue là ; l'origine est bien lointaine. Il a dû y avoir quelque chose au début : un choc, comme chez cette malade dont nous vous parlions l'année dernière et qui a eu pendant quatre mois un écoulement d'eau par une mamelle. Il y a peut-être eu des attouchements : Nous pourrions vous montrer bien des exemples de mauvaises habitudes de ce genre, surtout chez les femmes qui ont allaité. On en a fait quelquefois une impulsion spéciale sous le nom de mastomanie. Enfin une irritation quelconque causée peut-être par le corset, comme le croit cette dame, a pu jouer un rôle, et cette irritation a appelé l'attention sur le sein. Depuis, l'émotivité, l'obsession des lectures médicales absurdes ont fait le reste. Cette dame a eu beaucoup de malheurs dans son ménage et nous avons vu souvent que les

hypocondriaques trouvent une sorte de consolation, de cruelle volupté, dans un mal qui semble les distraire de leurs chagrins.

Le traitement est bien plus difficile qu'un traitement chirurgical. Un chirurgien ne voyant rien proposait de lui enlever le sein tout de même. Cela supprimerait-il la douleur ? L'un de nous a connu à l'Hôtel-Dieu une femme qui s'est fait couper la jambe quatre fois, les orteils d'abord, puis le pied, puis la jambe au-dessous du genou, puis au-dessus et c'est quand elle venait pour la cinquième fois qu'on s'est décidé à la considérer comme folle. La chirurgie ne sert donc pas à grand'chose dans ces cas-là. On a voulu pratiquer sur elle l'hypnotisme, mais on n'a pas du tout réussi. Cela ne nous étonne pas: c'est une obsédée mais non une hystérique. On pourrait l'hypnotiser peut-être, mais incomplètement et après beaucoup de temps et de patience. En réalité, ces essais même d'hypnotisme rentrent dans un traitement plus général, qui est une éducation de la sensibilité. De même qu'on guérit des tics par éducation du mouvement, on guérirait ces maladies dans les cas où l'on pourrait s'y dévouer en apprenant au sujet à sentir correctement dans son sein, en détournant son attention de la maladie, des livres de médecine, des chirurgiens, en lui créant d'autres préoccupations. C'est toute une éducation : il faut qu'elle ait le courage de la faire elle-même ; mais il est bien dur quand on a vécu dix ans avec cette illusion de renoncer à se croire cancéreuse.

Observation 61 *bis*. — **Algie du nez et algie de la langue.**

Voici deux malades qui nous semblent intéressantes à rapprocher, quoique leur maladie semble au premier abord très différente : l'une a mal au nez, l'autre a mal à la langue. Eh bien, malgré cette localisation différente, c'est tout à fait la même chose.

La première de ces malades, D..., âgée de 38 ans, souffre depuis un an dans son nez. Elle se plaint que le nez rougit et qu'il gonfle, qu'il y a à la racine du nez deux barres rouges transversales comme les marques du lorgnon. Ce gonflement, cette chaleur du nez lui donne des sensations bizarres, « toute sa figure à cet endroit est comme une plaie à vif », ou bien il lui semble qu'il y a des fourmis ou bien encore elle croit ne pas sentir dans cette partie, il lui semble que son nez a disparu, qu'il n'est plus

à elle et quand elle se gratte sur le nez il lui semble qu'elle gratte dans un trou. Ces impressions bizarres l'étonnent, l'épouvantent, la font pleurer souvent et la rendent toute angoissée.

L'autre jeune femme, H..., a 32 ans, et depuis quatre ans elle souffre de la langue : « Sa langue est complètement déchirée ou bien elle est raide et dure, plus souvent elle est brûlée ». C'est perpétuellement la sensation d'avoir avalé du bouillon trop chaud ou d'être cautérisée par un fer rouge, la langue ne semble pas être naturelle, ne semble pas lui appartenir, ni lui obéir, surtout quand elle veut parler. Cette douleur très pénible et continuelle l'énerve, la préoccupe, l'empêche de faire son métier d'institutrice. Elle y pense tout le temps, ne peut s'en distraire et cela la rend triste et angoissée. Vous voyez que les symptômes ont beaucoup d'analogie chez les deux malades.

Voici maintenant une seconde ressemblance : non seulement les symptômes exprimés sont à peu près les mêmes, mais l'examen objectif donne chez toutes deux les mêmes résultats, c'est-à-dire qu'il est complètement négatif. D... est venue ici pour consulter M. Gellé parce qu'elle supposait avoir dans la narine gauche une accumulation de pus; malgré un examen attentif des fosses nasales, M. Gellé n'a trouvé ni ulcération, ni pus, et il nous renvoie la malade en nous écrivant qu'elle n'a absolument rien d'appréciable. Il est vrai que beaucoup de médecins ont trouvé des choses très curieuses sur la langue de H..., puisque pendant des années ils lui ont pratiqué des cautérisations sur les « pointes des papilles ». Quant à nous, nous n'avons pas d'aussi bons yeux et nous ne voyons même pas les traces de ces absurdes cautérisations. La langue est un peu saburrale, c'est un point sur lequel nous reviendrons, mais il n'y a rien de plus et la bouche ne présente aucune inflammation. Donc chez les deux malades : symptômes identiques sans aucun signe objectif.

En troisième lieu les circonstances provocatrices ont été encore les mêmes. Chez D... il s'agit, comme nous l'avons vu souvent, d'un abandon. Elle avait un fiancé (?), paraît-il, qui la dominait et la dirigeait très sévèrement. D'un caractère obéissant et dévoué, elle aimait cette autorité ; elle commença à s'inquiéter il y a dix-huit mois à la pensée que ce fiancé allait se marier avec une autre et quand il la quitta, il y a un an, la maladie fut constituée. Chez l'autre malade, H..., il s'est passé quelque chose d'analogue. Le père, homme très dur et violent, s'est fâché contre sa fille il

y a quatre ans, l'a mise à la porte et l'a forcée à se diriger seule dans la vie; il est vrai que depuis cette époque elle est rentrée à la maison paternelle, mais son père lui parle peu et ne s'occupe pas d'elle. Donc chez les deux malades le début n'est provoqué par aucun incident local sur le nez ou sur la langue, mais par des causes émotionnelles générales et surtout par des abandons.

Enfin les antécédents sont du même genre : peu d'hérédité nette au moins en apparence, les parents simplement nerveux, le même caractère antérieur, triste, inquiet. « Je cherche toutes les raisons pour me tourmenter, » des idées de suicide, des besoins d'affection, une certaine émotivité sans raison, peu de volonté ; c'est au fond toujours la même chose.

Que sont donc en définitive ces maladies du nez et de la langue ? Des obsessions à forme de douleur ou plutôt d'angoisse, c'est-à-dire des *algies chez des psychasthéniques*. Le trouble de la langue a été l'objet d'études intéressantes. En 1883, Albert, cité par Bernhardt, parle d'une névrose particulière de la langue ; Verneuil, en 1887, insiste sur les malades qui ont ulcérations imaginaires de la langue, Fournier, Laborde, Hardy, Besnier, Pitres, Magitot ont insisté sur ce qu'ils appelaient la *glossodynie* dont ils donnaient diverses interprétations. Mais l'auteur qui a donné un tableau complet de l'affection est M. Galippe qui l'a étudiée sous ce titre : De l'obsession dentaire[1]. Il décrit les diverses obsessions et algies relatives à la bouche et surtout relatives aux dents. Il y a deux ans nous vous avons montré successivement deux malades qui se faisaient arracher toutes les dents quoiqu'elles fussent saines[2]. Nous n'avions pas eu l'occasion de vous montrer l'algie localisée à la langue : ce cas est à ajouter à notre collection.

Quant aux algies du nez elles nous semblent avoir été moins étudiées. En effet, ces rougeurs du bout du nez et ces balafres de la racine donnent lieu d'ordinaire à une autre maladie mentale que cette fois vous connaissez bien : elles déterminent d'ordinaire l'éreutophobie et les malades n'osent pas se montrer en public en pensant à l'effet que la rougeur de leur nez produit sur les autres. Celle-ci pense à l'effet que la rougeur produit sur

1. Galippe, De l'obsession dentaire, *Archives de Neurologie*, janvier 1891.
2. *Névroses et idées fixes*, II, p. 293.

son propre nez et elle construit une obsession hypocondriaque au lieu d'une obsession sociale.

Quant au mécanisme de ces algies, il est inutile d'y insister. L'inquiétude, l'angoisse, les sentiments de bizarrerie, d'engourdissement, d'abaissement de la personnalité déterminé par des émotions dépressives ont abouti à une localisation et à une justification apparente. D... avait le nez rouge des neurasthéniques, il est probable qu'elle s'en préoccupait déjà surtout quand il s'agissait de plaire à son fiancé; quand celui-ci l'a quittée, elle a rendu son malheureux nez responsable de son abandon. L'autre malade, à la suite de ses émotions, a souffert de l'estomac, elle a eu la langue très saburrale, peut-être y a-t-elle eu des aphtes, elle s'est beaucoup préoccupée de sa langue, de l'estomac; puis quand celui-ci s'est à peu près guéri elle a continué à faire attention à sa langue et à lui attribuer les angoisses et les sentiments d'étrangeté qu'elle ressentait.

Il y a d'abord un conseil pratique à donner à ces deux malades, c'est de renoncer définitivement aux traitements locaux. Il est navrant de penser que pendant des années cette pauvre femme a payé de jolies petites cautérisations au galvanocautère sur les papilles de sa langue et que l'autre veut essayer toutes sortes de traitements internes dans son nez. Ces traitements ne sont pas seulement inutiles, ils sont dangereux et ils continuent à fixer l'attention sur l'organe que l'on brûle, que l'on rend excitable. Donc en premier lieu ne plus jamais toucher ni à la langue ni au nez. Si cependant l'on voulait absolument faire un traitement, le diriger plutôt sur l'estomac dont le mauvais état joue un rôle dans les rougeurs de la face et dans l'état saburral de la langue : suivre un régime sévère indispensable à ces neurasthéniques, les purger très fréquemment, ce qui est le meilleur des désinfectants, ajouter l'hydrothérapie, les toniques généraux, si cela est possible une éducation de l'attention et vous aurez quelques chances s'il n'y a pas trop d'antécédents héréditaires de guérir le nez et la langue beaucoup mieux qu'avec des cautérisations.

Observation 62. — **Algie des yeux.** — *Obsession de l'enfant, algie de la matrice, sentiment d'étrangeté dans la perception.*

Cette jeune femme de 26 ans, Ria..., entre avec un grand ban-

deau sur les yeux et avance comme une aveugle. Si nous lui enlevons son bandeau, elle fait force grimaces et gémit comme si elle souffrait beaucoup de ses yeux. Elle prétend en effet souffrir cruellement; dans son langage imagé elle raconte que Jésus-Christ sur la terre n'a pas souffert autant qu'elle. Elle a importuné les cliniques d'oculistes et elle nous écrit maintenant des lettres absolument suppliantes en nous appelant ses bons docteurs.

Quelle est donc cette maladie des yeux si terrible ? Quand on insiste sur ce qu'elle éprouve, on s'étonne de voir peu de phénomènes douloureux précis ; elle se plaint de voir des ombres sur les objets, de voir les lettres du journal plus longues qu'elles ne sont et un peu bizarres. Elle se plaint surtout de voir danser les objets qu'elle fixe. Tout cela n'est pas en soi-même bien douloureux, mais il paraît que cette impression de voir danser les objets s'accompagne d'idées, d'émotions tout à fait horribles. En un mot il y a des angoisses qui s'ajoutent à un phénomène oculaire : ceci déjà nous prévient que les troubles nerveux doivent être essentiels. L'examen de la vision confirme cette opinion : quand il s'agit de l'examiner la malade perd toutes ses craintes, d'ailleurs depuis que nous parlons d'elle, vous voyez qu'elle est très intéressée et qu'elle a oublié de baisser son bandeau. L'examen des yeux a été fait et refait par quatre ou cinq oculistes. Il n'y a rien, absolument rien. Il n'y a même pas d'oscillations réelles du globe oculaire qui peut très bien fixer les objets. Un oculiste diagnostiquait « une asthénopie nerveuse », c'est même trop dire car il n'y a aucun trouble d'accommodation et il y a une vision parfaite même aux extrémités du champ visuel. Il nous faut donc rechercher ailleurs que dans les yeux l'origine de ces souffrances et de ces angoisses.

Cette jeune femme a toujours été une nerveuse et une inquiète : à l'âge de vingt ans, elle est tombée entre les mains d'un personnage très enthousiaste d'hypnotisme qui l'a soumise à une série d'expériences principalement pour prendre des photographies pendant les poses cataleptiques. Cet hypnotisme constitue dans son histoire un détail assez particulier sur lequel nous reviendrons. A la suite de ces pratiques elle resta plus nerveuse et nous voyons survenir un premier accident, quand elle perdit son petit enfant. Elle est restée dix-huit mois obsédée par la mort de l'enfant, incapable de travailler, tourmentée par des regrets et des

remords. A 22 ans elle se portait beaucoup mieux au moins de ce côté quand elle a commencé à souffrir de l'utérus, nous ne savons pas quelle était la nature de cette maladie qui aboutit l'année dernière à une opération chirurgicale. Y avait-il quelque chose de réel? Nous pouvons en douter un peu. Quoi qu'il en soit, cette opération chirurgicale la bouleversa encore et fut le point de départ des troubles actuels.

Obligée de rester étendue, elle se mit à lire beaucoup ; d'ailleurs quelque temps après l'opération elle ne pouvait rien faire d'autre étant devenue très fatiguée et très paresseuse : « Je n'avais de goût à rien, je ne pouvais pas travailler, je me trouvais drôle, je n'étais pas maîtresse de moi. » Vous voyez ces signes constants de l'aboulie, de l'abaissement du niveau mental avec sentiment d'étrangeté.

Comme elle ne faisait que lire des romans, le sentiment de fatigue de l'action, de gêne de l'attention et aussi le sentiment d'étrangeté de la perception se fixèrent sur la lecture, sur la fonction des yeux. Elle trouva qu'elle ne pouvait pas bien lire, qu'elle ne pouvait pas bien fixer, que les lettres étaient drôles, trop longues, qu'elles dansaient devant elle. Comprenez notre interprétation et notre hypothèse, car nous avons souvent à vous parler de ces choses et dans notre première leçon de cette année, nous vous présentions un cas semblable. A notre avis il n'y avait pas de trouble des fonctions des yeux, il ne s'agissait pas de ces tics, de ces spasmes des muscles extérieurs ou du cristallin que l'on rencontre si souvent dans l'hystérie, il n'y avait même pas de névroses de l'œil, pas plus qu'il n'y en a maintenant. Le trouble était plus général et plus élevé, il était dans l'attention, dans la perception, dans la volonté, et la malade aurait dû se borner à dire, si elle avait voulu faire un cours de psychologie : « Je n'arrive plus à fixer mon attention, à comprendre en les synthétisant les lignes que je lis, je n'arrive plus à pousser mes perceptions jusqu'au sentiment de la réalité et c'est pour cela qu'elles me paraissent étranges. » Mais cette femme n'avait pas à faire un cours de psychologie, elle exprimait à sa façon ce qu'elle ressentait et, cherchant surtout à percevoir par la vue, elle disait : « Mes yeux voient mal, ils sont malades ». Vous vous souvenez d'avoir étudié une petite fillette épileptique qui éprouvant des sentiments analogues les traduisit en disant qu'elle était aveugle. L'angoisse qui se présente si facilement dans ces états de dépression, car elle est

comme une dérivation des efforts qui n'aboutissent pas à la perception, s'associait ainsi chez Ria... avec les fonctions visuelles.

Ajoutez que la pauvre femme fut au début très mal dirigée, comme il arrive presque toujours d'ailleurs. Il y a un an, on lui fit porter successivement des lunettes variées, on lui mit dans l'œil des collyres au sulfate de zinc; une commère lui conseilla l'eau sédative sur les tempes, et un pharmacien lui reprocha cette application et l'effraya en lui disant que cette eau était un caustique. Alors mille réflexions s'ajoutèrent à la première angoisse : « Il y a dans l'œil des nerfs si petits, j'y ai pu faire des trous avec l'eau sédative, je me suis abîmé les petites membranes des yeux ». Bientôt la manie d'interrogation et de rumination vient s'ajouter aux autres troubles. Depuis onze mois elle ne pense qu'à ses yeux et passe son temps ou à les cacher par des bandeaux épais ou à les regarder dans une glace.

Le diagnostic n'est plus douteux, ce n'est pas précisément de la photophophie, c'est *une algie des yeux avec obsession de la cécité*. Une petite difficulté seulement consiste dans l'interprétation des séances d'hypnotisme faites par M. X... quand cette jeune femme avait vingt ans. Cet hypnotisme, s'il a été réel, indiquerait une forte disposition à l'hystérie. Tous les accidents consécutifs n'ont rien d'hystériques et l'état psychasthénique qu'ils révèlent a un mécanisme un peu différent. Peut-être y a-t-il un peu d'association entre les deux névroses, peut-être aussi cet hypnotisme n'était-il pas très sérieux. S'il existe encore, même à un faible degré, il servira à la guérison.

Observation 63. — **Photophobie, algie des yeux.** — *Hypocondriaque, autoritaire, grande émotion, abaissement de la tension nerveuse.*

Voici un petit fait sur lequel on ne peut guère insister longtemps, car nous ignorons encore trop de choses, mais il présente un problème assez curieux. Cette dame de 59 ans, Rs..., ne présente qu'un seul trouble que vous pouvez deviner en voyant sa figure ; elle contracte ses sourcils, ferme ses paupières convulsivement, met sa main devant ses yeux. Ce petit manège qu'elle fait encore dans la salle serait bien plus considérable si elle était au grand air, en pleine lumière. En un mot elle ne peut ouvrir

les yeux au grand jour, elle redoute la lumière. Celle-ci la fait souffrir et détermine cette occlusion spasmodique des paupières. C'est en un mot un cas de *photophobie.*

Vous savez que ce symptôme est fréquent au cours de beaucoup de maladies des yeux et nous ne vous en parlerions pas s'il y avait une lésion du globe de l'œil qui explique cette crainte de la lumière. Mais depuis deux ans cette dame a été voir plusieurs oculistes, M. Chevallereau, M. Galezowski et d'autres. On a soumis ses yeux à l'examen le plus approfondi, jusqu'à présent on n'a rien trouvé du tout : ses deux yeux sont admirablement sains. Nous-mêmes nous avons recommencé cet examen sommairement et nous ne pouvons dire qu'une chose, c'est que tous les réflexes sont normaux, que le fond de l'œil ne présente aucune altération, que le champ visuel est parfait et ce qui est curieux que l'acuité visuelle est extrêmement forte. A cinq mètres, cette dame âgée lit les plus petites lettres du tableau.

Vous pouvez vous étonner qu'on ait pu faire cet examen puisqu'elle prétend ne pas pouvoir ouvrir les yeux. C'est que, quand on se livre à un examen de ses yeux, elle s'y prête merveilleusement. Les grandes lumières envoyées dans l'œil pour l'examen du réflexe sont admirablement supportées. Distraite par l'examen, elle n'a plus en réalité de photophobie. Il en est de même d'ailleurs quand elle cause avec quelque personne qui l'intéresse, quand elle mange, quand elle est distraite.

Ces caractères nous disposent donc à songer à quelque habitude bizarre. Cette supposition est confirmée par les circonstances dans lesquelles cet accident est survenu. La pauvre femme a dû subir, il y a trois ans, la plus épouvantable des émotions. On lui a ramené subitement sa fille, âgée d'une vingtaine d'années, à demi brûlée par un incendie. Cette jeune femme vivait encore, on la veilla trois jours et elle mourut.

La pauvre mère fut très courageuse, paraît-il, supporta son malheur stoïquement et pleura même fort peu. Autant que possible elle cachait ses angoisses à cause du père et des autres enfants. C'est deux ou trois mois après qu'elle commence à se plaindre de la lumière. Elle avait l'habitude de lire au lit et a dû cesser parce que la lampe lui faisait mal. Bientôt le jour lui fit mal, elle tenait les yeux fermés. C'est là que commencent les examens des oculistes, toujours négatifs. Aujourd'hui après trois ans, la photophobie est devenue complète.

Ajoutez ce que nous savons sur l'état antérieur du caractère et vous comprendrez mieux l'action de cette terrible émotion. Rs... a toujours eu un état d'esprit quelque peu anormal, elle était indécise, capricieuse et cependant autoritaire d'une manière invraisemblable. Elle a rendu très triste la vie de tous les siens par des exigences de tous les instants. Il fallait constamment que toutes les personnes environnantes fassent, disent et même pensent exactement comme elle. La contradiction ou même la moindre différence la mettaient dans un état de fureur et de désespoir et par tous les moyens, en suppliant et en menaçant, elle exigeait que tout le monde agît et pensât comme elle. Vous savez qu'à notre avis ce caractère autoritaire n'est qu'une forme de l'aboulie : les malades ne peuvent agir que dans des conditions spéciales et la première de ces conditions est la simplicité du milieu moral. Ils arrivent à la réaliser en exigeant que tous ceux qui les environnent agissent et pensent comme eux[1].

Cette dame était en outre depuis longtemps une hypocondriaque : c'était un souci perpétuel de sa santé, des plaintes continuelles à propos de son estomac, de son ventre, de ses genoux, etc. Elle lisait sans cesse des livres de médecine et ce qui est plus grave elle inventait pour elle des médicaments qu'elle faisait réaliser par un de ses parents pharmacien. Enfin sa mère avait subi l'opération de la cataracte ce qui l'avait vivement impressionnée.

Elle se trouvait donc dans des conditions très favorables au développement d'une phobie quand est arrivé son grand malheur. Cette émotion terrible a encore abaissé sa tension nerveuse ; elle est devenue depuis ce moment plus indifférente, plus exigeante et plus acariâtre encore; elle souffre de maux de tête au front et au vertex. Elle est obsédée par la pensée de ses yeux, en parle sans cesse et réclame des traitements invraisemblables. Elle remarque elle-même que les excitations lui font du bien ; si elle est un peu amusée, si elle ressent une légère émotion, elle oublie ses yeux et retrouve la force de les ouvrir ; quand elle est engourdie elle y pense beaucoup plus et ne se sent pas capable ni de remuer ses paupières, ni de tourner les yeux, ni même de tourner le cou. D'ailleurs depuis qu'elle souffre ainsi des yeux, toutes les autres souffrances ont complètement disparu, jamais elle n'a aussi bien digéré et les rhumatismes des genoux n'existent plus, tout au plus

1. Cf. le premier volume de cet ouvrage, p. 293.

souffre-t-elle un peu de la face aux environs des yeux où il y a comme des tiraillements et de son nez qui est sec.

On peut se demander si, dans un cas semblable, le trouble cérébral ne se localise pas dans les centres de la vision; il est probable, en effet, que les centres occipitaux sont troublés, mais ils ne se le sont que peu. Songez que la vision elle-même est parfaitement conservée, que nous n'observons aucune altération de la sensibilité tactile des régions intéressées. Nous croyons donc que le trouble des centres est secondaire à une fatigue générale du cerveau, à un abaissement total de la tension nerveuse qui par moment se localise sur les centres occipitaux en rapport avec les souvenirs de la malade et ses associations d'idées.

Nous sommes inquiets pour l'avenir à cause de l'âge de la malade et des dispositions hypocondriaques qu'elle a toujours eues. Mais d'une manière générale nous sommes loin de considérer une pareille maladie comme incurable. En tonifiant la malade, en excitant son système nerveux par divers procédés physiques, les frictions, le massage, l'électricité statique, quelques injections sous-cutanées de solutions salines on lui donnerait une tension plus élevée et on pourrait l'habituer à détourner son attention de ces troubles oculaires.

Observation 64. — **Crises de photophobie.** — *Congestion de la conjonctive, larmoiement, hydrorrhée nasale, herpès, action du bromure.*

Aux confins de ces troubles mentaux que nous avons appelé des algies on peut placer des accidents plus graves et plus embarrassants où les troubles matériels et périphériques deviennent prépondérants. Ce jeune homme de 16 ans, Bry..., a comme la malade précédente de la photophobie ou, comme nous l'avons remarqué, de l'algie des yeux. Mais son affection ne se présente pas de la même manière : d'abord elle n'est pas continue et elle procède par crises, ensuite elle s'accompagne de troubles physiques considérables de la région des yeux et de la face.

Voici la description d'une de ces crises : ce jeune homme qui était bien portant éprouve dans la journée quelques troubles qui constituent des prodromes, ce sont des troubles digestifs, de la fatigue et quelques inquiétudes dans les yeux. Il se couche et s'en-

dort profondément ; au milieu de la nuit, vers trois heures du matin, il est réveillé par une vive douleur aux yeux, il les entr'ouvre s'il est dans l'obscurité, mais s'il y a de la lumière, il ne peut les tenir ouverts, la douleur devient atroce et les paupières se referment spasmodiquement. S'il tient les yeux fermés, la douleur diminue au bout de quelques minutes et il y a un calme relatif qui dure à peu près une demi-heure. Après ce repos la douleur vive et le spasme plus violent des paupières réapparaissent même s'il est resté immobile dans l'obscurité.

En même temps ses yeux se mettent à larmoyer et un écoulement d'eau considérable se fait par les narines; il trempe, dit-il, vingt-cinq mouchoirs. Quand on l'examine le matin, les paupières, le nez et les lèvres sont rouges, tuméfiés et luisants, les conjonctives sont injectées, la bouche elle-même est rouge, les gencives sont gonflées, les dents sont ébranlées et la langue est très saburrale. Cet état se prolonge pendant toute la journée, les douleurs aiguës ne revenant que toutes les demi-heures et ne durant qu'une à deux minutes, mais la photophobie ne s'interrompant pas et le spasme douloureux survenant dès que le malade essaye d'ouvrir les yeux à la lumière. Vers le soir tous les symptômes s'atténuent, le malade est plus calme, il peut manger un peu dans l'intervalle des crises de douleur qui s'écartent, ce qu'il ne pouvait pas faire depuis le matin. Il peut un peu entr'ouvrir les yeux dans une demi-obscurité, enfin il se couche et s'endort tranquillement. Le lendemain matin, la crise est terminée, Bry... ne souffre plus et ouvre les yeux à la lumière, mais il a une poussée d'herpès sur les lèvres, sur les paupières et jusque sur la peau des sourcils, en quelques jours tout est terminé.

Nous avons réussi à faire venir le malade à l'hôpital un matin de crise et nous avons pu ajouter quelques renseignements aux observations précédentes. Ce que nous voulions surtout examiner c'est l'état de la sensibilité des régions pendant cette crise singulière.

Nous n'avons pu constater aucun trouble : la sensibilité de la peau de la face mesurée à l'esthésiomètre aux joues, au nez, au front et même sur les paupières est restée évidemment normale. Au premier abord on croit à de l'hyperesthésie, car le malade fuit l'instrument et crie facilement, mais il s'agit uniquement d'une émotion qui se calme vite et la sensibilité douloureuse se retrouve à un degré normal. Nous sommes même parvenus à

examiner l'œil. En calmant le malade, en le rassurant nous sommes parvenus à lui faire ouvrir les yeux à une lumière modérée ; il a évidemment plus de peine à le faire que la malade précédente et il n'y parvient que peu d'instants. Au moment où l'œil s'ouvre, on voit que la conjonctive est injectée et que la pupille est dilatée. La pupille se rétrécit à la lumière et le réflexe lumineux est intact, peut-être la pupille reste-t-elle toujours un peu grande, mais nous n'avons pas pu employer de fortes lumières, le réflexe d'accommodation est également normal. Enfin la vision est bien conservée, le malade peut lire et l'acuité visuelle mesurée au tableau est de 8/10, la diminution tient évidemment à l'éclairage faible et aux larmes qui à chaque instant gênent la vision.

Telle est cette crise de photophobie avec congestion, larmoiement, hydrorrhée et éruption d'herpès. Voyons maintenant les divers renseignements que nous pu recueillir sur son apparition.

La mère du malade prétend que les crises ont commencé de très bonne heure, dès l'âge de un an. L'enfant tenait les yeux fermés et criait, les paupières devenaient rouges et tuméfiées, mais ces crises étaient rares, elles ne sont devenues régulières que vers l'âge de trois ans ; depuis elles n'ont jamais cessé que par courtes périodes. Au début les crises étaient plus courtes et plus violentes, l'enfant souffrait beaucoup des yeux et de la tête ; maintenant les crises sont plus longues, elles durent toujours une journée, quinze ou seize heures, les souffrances sont moins vives et chose remarquable n'existent plus que dans les yeux et dans la face, le malade ne sent plus rien dans la tête, il n'y a plus de migraine proprement dite. Ces crises apparaissent en moyenne une fois par semaine, mais il y a une grande différence dans leur nombre suivant les saisons. Elles sont très fréquentes au printemps et à l'automne, où elles peuvent survenir tous les trois ou quatre jours, elles diminuent en hiver et surtout en été. Si l'été est chaud, si le sujet est à la campagne et surtout s'il se fatigue à des exercices physiques au grand air, les crises peuvent s'écarter beaucoup jusqu'à un mois d'intervalle et en outre elles sont beaucoup moins fortes. Diverses influences ont semblé agir sur leur apparition. Les indispositions physiques, une indigestion par exemple les amènent, il en est de même pour les fatigues. L'émotion a une action des plus nettes pour provoquer la crise ; dernièrement, pendant une bonne période, le départ de son frère

pour le service militaire a déterminé tout de suite des picotements dans les yeux, du larmoiement et la crise s'est développée complète dans la nuit suivante.

Enfin, nous devons vous indiquer l'état général sur lequel se greffent ces accidents. Le père était un grand alcoolique, la mère toujours très nerveuse a eu des attaques d'hystérie, l'enfant a une grande asymétrie de la face et, ce qui est surtout à remarquer, il a la peau couverte d'ichthyose sur les bras et sur les flancs. Dans l'intervalle de ses crises de photophobie c'est un garçon assez intelligent, calme, sans troubles intellectuels graves. Il est lent, paresseux et, de temps en temps, surtout dans la journée qui précède les crises, il se sent abattu, il éprouve ces sentiments d'étrangeté, de perte de sa personne dont nous avons vu l'importance.

Nous n'avons pas la prétention de vous donner l'interprétation complète de ces troubles. Il semble ici plus vraisemblable que dans les autres cas de faire jouer un rôle aux troubles du sympathique. Il semble en effet que la crise reproduit quelques-uns des phénomènes que l'on obtient par l'excitation du sympathique cervical, sauf l'exorbitisme cependant que nous ne notons pas ; mais il est bien probable que ce trouble du sympathique n'est ni isolé, ni primitif. Il est probable que le cerveau doit jouer un rôle ; les grandes douleurs de tête que l'enfant ressentait autrefois rapprochent cet accident des migraines ophtalmiques et, quoique nous ne puissions guère le démontrer, nous sommes disposés à faire jouer ce rôle aux centres de la vision comme dans les photophobies précédentes, seulement le trouble ne reste pas uniquement cortical, l'excitation se diffuse à des centres inférieurs et au sympathique. Enfin, il y a une assimilation qui s'impose, ces accidents comme ceux de la migraine ophtalmique sont voisins des phénomènes épileptiques ; même dans l'épilepsie vraie vous observez de ces troubles vaso-moteurs et de ces poussées d'herpès consécutives aux accès ; ce rapprochement avec l'épilepsie s'ajoute à ceux que nous avons déjà été amenés à faire à propos de bien des phobies.

Il nous faut revenir sur ce cas intéressant pour vous indiquer les effets extrêmement remarquables d'un traitement. La plupart des traitements déjà tentés n'avaient donné aucun résultat, notre assimilation avec l'épilepsie nous conduisait à essayer l'action du

bromure. Ce médicament avait déjà été essayé, mais à très faible dose, atteignant à peine un gramme par jour. Nous avons commencé par quatre grammes bientôt élevés à six par jour. L'effet a été extrêmement remarquable, les crises se sont écartées énormément : actuellement, quoique nous soyions en automne, il n'a pas eu de crise depuis deux mois. Ce résultat est fort intéressant et vient confirmer le rapprochement que nous faisions de ces accès avec l'épilepsie.

Observation 65. — **Algie du larynx et phobie de la parole.**

Deux mots seulement sur ce malade. Nous avons commencé la leçon précédente en vous montrant un cas d'algie des yeux. Toutes les fonctions possibles sont capables de déterminer des algies ou des phobies et c'est pour vous le prouver que nous vous montrons une algie du larynx une phobie de la parole. Cet homme de 38 ans, Bq..., est tourmenté depuis deux ans par le sentiment d'appréhension que lui cause la parole. Quand il parle, il se sent étourdi, grisé, il ne tient plus sur ses jambes, il a peur de tomber. Aussi ne veut-il plus parler qu'assis. Il a des angoisses, il étouffe, etc. En un mot, ce sont les phénomènes de l'angoisse qui accompagnent l'acte ou l'idée de la parole.

C'est un homme toujours émotif, impressionnable, fatigué par son métier de mécanicien de chemin de fer, préoccupé par l'idée qu'il avale des poussières et effrayé par une gêne quelconque de la gorge.

Un médecin a malheureusement tout perdu en parlant de laryngite tuberculeuse. Nous l'avons fait examiner par M. Cartaz qui ne trouve rien du tout, qu'un peu de rougeur banale du pharynx et que Bq... est stupéfait d'un pareil diagnostic. Tous les traitements qu'il a faits pour soigner sa gorge ne font qu'augmenter la phobie. C'est déjà une chose importante pour le malade que d'écarter ce diagnostic de laryngite tuberculeuse et de lui bien montrer qu'il s'agit simplement d'une angoisse associée avec les fonctions de la parole.

DEUXIÈME SECTION

LES PHOBIES DES FONCTIONS

Observations 66 et 67. — **Phobie de l'alimentation.** — *Refus des aliments, phobie des fonctions, difficulté de l'acte de s'alimenter, phobie à propos de l'alimentation, phobie de l'anorexie.*

Dans nos dernières leçons nous avons étudié le phénomène des algies qui consistent en réalité en une angoisse générale associée avec la sensation, la représentation d'un organe déterminé.

Vous rencontrerez souvent chez les malades psychasthéniques des phénomènes tout à fait voisins, quoique légèrement différents, que nous vous proposons d'appeler *les phobies des fonctions*. Cette revue des troubles psychasthéniques que nous faisons a pour but de rapprocher tous ces phénomènes en apparence hétérogènes et de vous montrer quels liens étroits les unissent.

Cette jeune fille de 18 ans, Té..., est déjà amaigrie et pâle parce qu'elle ne mange pas et qu'elle paraît refuser toute alimentation. Nous avons souvent remarqué qu'il ne faut pas trop rapidement confondre tous ces refus d'aliments avec l'anorexie hystérique. Cette jeune fille ne présente aucun stigmate d'hystérie ; elle n'a eu jusqu'à présent aucun accident qui fasse penser à l'hystérie. Son refus d'aliments ne s'accompagne pas du tout des troubles de la sensibilité qui caractérisent l'anorexie hystérique : 1° vous ne voyez pas cette disparition de la fatigue, ce sentiment d'euphorie, ce besoin de mouvement qui est si remarquable chez les hystériques anorexiques. Elle se sent fatiguée, faible, malade ; 2° vous ne voyez pas cette disparition complète de la faim souvent accompagnée de diminution de la sensibilité, de la bouche, de la langue, de l'œsophage, de l'estomac, de la région épigastrique qui est si importante chez l'hystérique. Elle sent très bien dans toutes ces régions, elle a le goût parfaitement conservé et bien plus elle a faim et même très faim, elle sent le besoin très fort à l'heure des repas et voudrait pouvoir manger, il n'y a donc rien de l'anorexie hystérique.

Mais alors pourquoi ne mange-t-elle pas ? C'est parce que man-

ger lui fait peur ; elle désire les aliments, mais quand elle les voit, quand elle les porte à sa bouche : « Cela se serre à ma poitrine, cela me fait étouffer, cela me brûle dans le cœur, il me semble que je meurs, et surtout que je perds la tête. » Nous connaissons trop ces symptômes pour y insister, ce sont ceux de l'angoisse, ils sont ici associés non pas à un organe déterminé, ce qui donne l'impression d'un organe douloureux, mais avec une fonction ce qui donne l'impression d'une peur de la fonction.

Ces phobies des fonctions sont donc très voisines des algies, il n'y a qu'une petite différence dans la représentation associée avec l'angoisse. Cette différence amène des conséquences intéressantes : comme l'organe existe toujours, tandis que la fonction est périodique, l'algie est beaucoup plus continuelle que cette phobie. D'ailleurs les deux phénomènes sont souvent associés ensemble. Vr... que vous venez de voir et qui avait l'algie de la matrice présentait en même temps la phobie de la fonction génitale : ce sont des phénomènes du même genre. Aussi leur pathogénie est-elle très semblable : vous retrouvez chez cette jeune fille les antécédents classiques ; le père est alcoolique, une cousine est dans un asile. La jeune fille a toujours été aboulique, timide et inquiète ; elle avait déjà autrefois des angoisses quand il lui fallait changer d'atelier, en un mot faire un effort de volonté. Depuis quelque temps, elle présente les troubles de l'estomac des psychasthéniques, l'estomac est encore dilaté et clapotant ; elle a eu des pesanteurs, et surtout des douleurs à la fin de la digestion, les horribles brûlures dont elle parle qui lui remontaient à la gorge sont du pyrosis. Il en est résulté que la pensée de l'alimentation s'est associée avec le souvenir de ces douleurs exagérées par son imagination hypocondriaque. Un médecin a voulu avec grande raison imposer un régime, or mademoiselle n'aime pas les soupes au lait; de tout cela il en est résulté que l'alimentation, avec le régime, avec la crainte des douleurs est devenue un acte difficile demandant à son tour un effort de volonté comme l'acte de changer d'atelier. Elle n'a pas assez de volonté pour le faire : « Je ne puis pas me forcer au point de manger une soupe au lait. » Dans ce cas comme toujours, quand il y a aboulie et insuffisance psychologique, se forme une dérivation qui garde ici la forme précédente de l'angoisse. L'alimentation étant pour le moment l'acte le plus important de la vie de cet enfant puisqu'elle a renoncé à tout autre travail, c'est avec lui que l'an-

goisse s'associe uniquement et voilà la phobie de l'alimentation toute constituée.

Ce diagnostic n'est pas sans intérêt ; si vous aviez affaire à une hystérique, il faudrait ne pas tenir compte de son estomac, la forcer à manger même avec la sonde, exciter en un mot les fonctions de l'estomac, défaire les contractures abdominales par le mouvement et le massage, modifier les idées fixes par la suggestion. Rien de tout cela ne réussirait ici : si vous tourmentez trop son estomac vous augmenterez la phobie. Il faut au contraire le traiter avec ménagements, supprimer par des alcalins, par le carbonate de chaux le fameux pyrosis qui lui fait peur, montrer à la malade qu'on soigne et qu'on guérit son estomac, lui prouver par quelques essais que certains aliments légers ne lui font pas de mal. Il y a là comme vous le voyez une thérapeutique toute différente qui vous montre l'importance de ce diagnostic psychologique.

Cette femme de 48 ans, Gel..., est tout à fait comparable à la jeune fille précédente, c'est pourquoi nous l'en rapprochons ; elle présente cependant une complication très curieuse, et sa maladie se rapproche des obsessions du scrupule. Mais comme l'obsession est simple, il vaut mieux ne pas la séparer des phobies de l'alimentation.

Voici l'histoire de la malade qui servira à comprendre ce qui se passe actuellement. Il y a aussi une parente aliénée, mais le père et la mère n'ont guère de tares ; l'enfant qui semblait normale eut une fièvre typhoïde grave à onze ans ; depuis ce moment elle resta faible, indécise et très impressionnable. Après avoir nourri son premier enfant, elle eut une première période de troubles à l'âge de 22 ans. Ces troubles étaient de l'ordre des obsessions criminelles, phénomènes intellectuels des psychasthéniques plus compliqués que ceux que nous étudions actuellement. Elle se croyait poussée à tuer son père ou son mari, elle croyait que Dieu la punissait parce qu'elle aimait mieux son fils que son mari. Cette première crise se guérit assez vite, mais elle nous montre cependant la prédisposition aux obsessions.

Vers l'âge de 35 ans, deuxième crise, celle-ci absolument semblable à celle de la jeune fille précédente : douleurs d'estomac après des fatigues, régime, précautions de nourriture, puis appréhension de manger, angoisse en mangeant, phobie de l'alimenta-

tion. Elle devint fort maigre et très faible, la crise dura deux ans et demi. Depuis cette période, elle a été bien portante jusqu'à ces derniers mois. Sous l'influence de tracas, dit-elle, et probablement aussi sous l'influence de la ménopause qui s'annonce chez elle par des métrorrhagies, elle recommence à avoir les mêmes douleurs au creux de l'estomac. Immédiatement l'alimentation, sur laquelle l'attention est attirée, devient par cela même difficile. Nos études sur l'aboulie vous ont bien montré qu'un acte d'ordinaire presque automatique devient difficile quand l'attention est attirée sur lui. Les angoisses réapparaissent d'autant plus facilement qu'elles sont déjà venues autrefois.

Voici une complication inattendue : la malade se rappelle ce qu'elle a éprouvé à l'âge de 35 ans, elle sait que cette phobie empêche de manger et qu'elle fait maigrir : la voici qui a peur d'y céder, peur de ne pas manger suffisamment et par conséquent peur de mourir de faim. Elle veut absolument manger, elle s'efforce de le faire toute la journée, elle veut être entourée d'amis qui mangent avec elle et qui la forcent à manger. Elle rumine toute la journée des idées de repas et des procédés pour manger plus. Voyez cette complication singulière : la malade a à la fois peur de manger et peur de ne pas manger. Remarquez en passant que cette complication n'est pas hystérique, ne se trouve jamais dans l'anorexie hystérique. La première peur seule est une phobie ; la seconde est un scrupule, un de ces scrupules de perfection dont nous verrons la fréquence.

Dans le cas présent, la malade nous semble être arrivée à une alimentation bizarre, elle se force à manger de la viande en dehors des repas et à boire beaucoup de vin.

La malade : « Mais c'est du vin de kola. »

Il nous paraît plus sage de ne pas en boire du tout. Il faut ici régler l'alimentation, reposer la malade, et diriger ses efforts de volonté d'une manière plus raisonnable.

Observations 68 et 69. — **Phobies de la déglutition.** — *Hypocondrie, paramyoclonus multiplex, peur de la mort subite, tics de respiration.*

Parmi ces phobies des fonctions, il y en a une qui nous a étonnés par sa fréquence que l'on ne soupçonne pas d'ordinaire, c'est

la *phobie de la déglutition.* Nous vous en présentons d'abord un exemple chez cette femme de 29 ans, Rib,.., puis à propos de son cas, nous vous raconterons l'observation remarquable d'une malade que nous ne pouvons pas vous présenter ici. Cette première malade Rib... toujours hypocondriaque et inquiète a eu au mois de juin de l'année dernière une congestion pulmonaire plus ou moins sérieuse; toujours est-il qu'elle s'est préoccupée à propos de sa respiration et est restée inquiète en pensant à des suffocations possibles. Plus tard quelques douleurs d'estomac qui semblent s'être développées, surtout après une chute de tramway, ont attiré également l'attention sur l'alimentation.

Ces deux inquiétudes se sont réunies et une fonction particulière dans laquelle la respiration et l'alimentation jouent un rôle est devenue difficile, c'est la déglutition, car on pourrait étouffer en avalant de travers. Au moment d'exécuter cet acte, les angoisses surviennent, ce qui rend la malade incapable d'avaler.

Nous aurions voulu vous montrer ici même les grimaces, les contorsions, les suffocations qui surviennent quand elle essaye d'avaler une gorgée, en essayant de lui faire avaler un verre de lait devant vous; mais l'expérience ne réussira pas, elle nous en prévient d'avance, parce que vous êtes des médecins. Devant des médecins elle avalera tout ce qu'on voudra, car elle se sent rassurée : c'est une confiance qui vous honore, mais elle vous montre la part énorme de l'idée dans ces phobies de déglutition.

Cette maladie singulière peut prendre des proportions invraisemblables et perdre toute une existence; voici le cas que nous voulions vous rapporter à ce propos. Fok..., femme de 41 ans, appartient à une famille où l'on compte toutes les dégénérescences possibles, une grand'mère bizarre et obsédée, une tante aliénée, une cousine aliénée, un cousin tiqueur, un autre bec-de-lièvre, avec du rire spasmodique, etc... Elle fut toujours très intelligente et d'un esprit très délicat. Il est bien intéressant de remarquer que ce développement intellectuel est très fréquent chez nos psychasthéniques : l'annihilation de la volonté, le défaut de toutes les fonctions du réel s'accorde très bien avec le développement des facultés abstraites et idéales. Nous reparlerons de ce curieux problème en étudiant des obsessions intellectuelles. Depuis son enfance, cette dame fut une hypocondriaque, toujours maladroite dans les actions pratiques, surtout dans celles qui concernaient

son propre corps; elle s'émotionnait pour manger, pour aller à la selle, pour avoir ses règles, etc. Par une sorte de malchance, il arrive en effet que ces personnes maladroites ont tous les accidents ; elle n'arrivait pas à prendre un lavement sans se blesser. Elle eut un accouchement à l'âge de 27 ans et, chose invraisemblable pour une personne de sa situation soignée comme elle l'était, une partie du placenta fut laissée dans l'utérus et amena une infection épouvantable qui certainement ne modifia pas heureusement l'état du système nerveux. Nous voyons ensuite commencer une foule de tics, en particuler des secousses de la figure et des tics de reniflement ; les plus curieux de ces tics sont des secousses localisées à certains muscles et même à des muscles qui ne fonctionnent pas d'ordinaire isolément sous l'influence la volonté, elle eut des secousses du deltoïde et du biceps et surtout des secousses étranges des muscles droits et obliques de de l'abdomen. Ces secousses étaient rythmées, elles se voyaient sous la peau, elles se rattachent à la maladie qui a été décrite sous le nom de paramyoclonus multiplex.

Comme l'un de nous l'a montré souvent dans ses leçons cliniques, il n'y a guère lieu d'isoler ainsi tels ou tels spasmes. Toutes ces myoclonies forment une série ininterrompue. Ici ces secousses ont beaucoup d'analogie avec des tics et se rapprochent des tics de la face que la malade avait en même temps. La seule différence curieuse, c'est que d'ordinaire une femme ne remue pas à volonté les muscles droits de l'abdomen comme elle fait des reniflements. Il se peut d'abord qu'il y ait chez une personne de ce genre quelques anomalies musculaires. Mais il est beaucoup plus simple de croire à l'influence énorme de l'exercice continu pendant des années. Les acrobates et les prestidigitateurs arrivent à de bien autres transformations musculaires. D'ailleurs Fok... fait remarquer elle-même qu'elle est arrivée à remuer les muscles de la paroi du ventre, comme elle le veut, comme elle remue son petit doigt.

A la même époque, les préoccupations hypocondriaques qu'elle avait toujours eues s'aggravèrent et elle se mit à redouter une mort subite qui, disait-elle, était justifiée par son état de santé. Cette idée de la mort subite s'accompagnait d'angoisses de plus en plus grandes. Bientôt l'inquiétude s'étant portée sur l'alimentation, l'idée de mort subite se précisa et devint la mort par suffocation. Il y avait déjà de ces craintes dans les tics perpétuels de reniflement. L'attention la plus grande fut dirigée sur toutes les

actions où pouvaient se produire des suffocations et en particulier sur la déglutition. Ce temps de l'alimentation devint d'abord difficile, puis l'effort se dissipa en dérivations diverses. Ce furent d'abord toutes sortes de tics, de grimaces, de reniflements, de crachements au moment d'avaler. Enfin les angoisses devinrent énormes au moment où la déglutition devait s'effectuer. Pour les diminuer, la malade étudia sa déglutition et en arriva à cette résolution singulière, c'est qu'elle voulait continuer à respirer et à respirer fortement pendant qu'elle avalait, bien entendu elle n'y parvient pas.

Aussi voyez à quelle situation lamentable cette dame intelligente se trouve réduite depuis plus de six ans. Étendue sur une chaise longe qu'elle ne peut guère quitter à cause de son extrême faiblesse, elle passe ses journées à essayer de se nourrir un peu. Avec une toute petite cuiller elle avale goutte à goutte quelques jaunes d'œufs délayés dans un peu de jus de viande, elle dépense cinq ou six heures pour prendre deux ou trois jaunes d'œufs.

Il est intéressant de remarquer que cette malade n'arrive pas cependant à l'inanition complète. Les psychasthéniques ne meurent pas aussi facilement d'inanition que les anorexiques hystériques. Quand Fok... a perdu une dizaine de kilogrammes de son poids déjà bien faible, elle mange un peu mieux et reprend quelque force. Puis la maladie peut recommencer sans trop de danger. Nous ferons plus tard la même remarque sur les délires des obsédés : ils s'arrêtent en général prudemment avant le délire complet et avant l'asile. Cela tient, croyons-nous, à un caractère de l'état d'esprit de ces malades : c'est qu'ils ne peuvent aller au bout de rien, qu'ils ne peuvent rien terminer. La mort véritable, le suicide réel demande une résolution ou une conviction dans le délire qu'ils n'ont pas. Quand ils s'effrayent réellement de la mort prochaine, ils se modifient de plusieurs façons. L'attention se détournant de la déglutition, celle-ci devient plus facile et peut être accomplie malgré l'aboulie ; il n'y a plus ces dérivations qui constituaient l'angoisse et l'alimentation se fait de mieux en mieux. L'amélioration se fait encore par un autre mécanisme : les émotions, cela est très curieux, ont chez ces malades une action excitante et relèvent le niveau mental. Quand ils ont peur de la mort, ils deviennent plus forts et peuvent accomplir des actes plus difficiles. Cela contribue encore à faire disparaître leurs angoisses de déglutition.

Il ne faudrait cependant pas se fier à ce mécanisme naturel de la guérison par excès du mal. Les psychasthéniques ne se tuent guère en le faisant exprès, mais ils arrivent à se faire mourir sans s'en apercevoir et ils sont les premiers surpris de ce qui arrive. De tels affaiblissements sont très dangereux et permettent le développement de toutes les maladies. Aussi est-il bon de chercher à les effrayer, de les ramener à la réalité par tous les moyens, de diriger leur attention pour détourner le plus tôt possible cette angoisse qui est particulièrement dangereuse.

Observation 70. — **Phobie de la déglutition.** — *Dyspepsie acide, maladie de Reichmann, phobie de la déglutition.*

Vous remarquez que cet homme de 40 ans, Les..., marche à petits pas, et qu'il paraît très faible ; vous remarquez aussi son teint pâle et sa très mauvaise mine. Son aspect était si mauvais, son teint si jaune, surtout il y a huit jours, car il est déjà un peu mieux, que nous avions tout d'abord pensé à l'existence d'une tumeur. Nous avons été heureux d'apprendre qu'un examen chirurgical avait été pratiqué à ce point de vue par M. Tuffier, et qu'il avait été absolument négatif. En réalité, cet aspect maladif provient en partie de ce que son estomac digère mal, et en majeure partie de ce que le malade ne mange pas suffisamment.

Voyons d'abord le premier point qui nous intéresse le moins ici, le trouble de l'estomac ; le malade ne souffre pas dans l'estomac au moment où il mange, au contraire il est plutôt soulagé par l'alimentation. Mais deux heures après, l'épigastre se gonfle, le malade sent des gaz qui s'agitent, qui montent, qui descendent. Les douleurs commencent horriblement pénibles : « Cela me ronge, me brûle, m'étouffe, un poids me serre en travers de la poitrine. » Ces douleurs durent plusieurs heures, jusqu'au repas suivant, souvent toute la nuit : le premier symptôme est donc constitué par des crises de douleurs gastriques tardives, survenant quelque temps après le repas.

Parmi les autres symptômes relatifs à l'estomac, nous remarquerons que la région épigastrique est sensible à la pression, le creux épigastrique est ballonné. L'estomac est distendu et l'on perçoit très facilement le clapotage classique ; il nous semble qu'il y a un peu d'augmentation du volume du foie, qui en tous

cas est sensible à la pression. Enfin, notons une très grande constipation avec dureté de la région du cæcum. Cet ensemble de signes est très net, il s'agit d'une maladie bien connue que Gubler appelait autrefois la dyspepsie acide, Germain Sée la dyspepsie hyperchlorhydrique, que l'on appelle encore souvent aujourd'hui le premier degré de la maladie de Reichmann. Il s'agit de spasmes du pylore, de fermentations acides et peut-être d'hyperchlorhydrie. Cette maladie trouble profondément la nutrition et pourrait, si elle était grave, expliquer l'état de déchéance de l'organisme. Son explication est loin d'être bien connue, aussi n'est-il pas sans intérêt de noter qu'elle s'associe ici avec d'autres troubles nerveux et mentaux.

Ce malade mange très peu et se nourrit très difficilement ; ce n'est pas uniquement à cause des souffrances de l'estomac : celles-ci ne surviennent, nous l'avons dit, que deux ou trois heures après le repas et le malade pourrait les affronter, s'il le savait nécessaire. La vérité, c'est qu'il ne peut pas avaler ; les aliments ne peuvent pas pénétrer dans l'estomac. Sommes-nous donc en présence d'un spasme de l'œsophage comme nous vous en avons montré bien des cas. M. Tuffier a sondé le malade avec soin, sans rencontrer nulle part de résistance ; d'ailleurs, le malade sait bien que les aliments ne s'arrêtent pas en descendant. C'est dans la gorge, dans la bouche, qu'il y a une gêne pour avaler : cette gêne consiste en ce que le malade sent qu'il étouffe, ou qu'il a peur d'étouffer pendant le passage de l'aliment, il s'arrête tout court au moment d'avaler, il sent qu'il tomberait sans connaissance, s'il continuait à avaler. La tête lui tourne, il a des saisissements, des tremblements, des terreurs de mourir, et il faut qu'il cesse de manger. Aussi avale-t-il les aliments liquides par toutes petites gorgées, en respirant bien entre chaque petite cuillerée.

Vous pouvez rapprocher ce cas d'autres semblables : l'année dernière vous avez vu un pauvre garçon qui portait sans cesse avec lui une petite bouteille d'eau, car il lui fallait humecter sa langue d'une goutte d'eau entre chaque bouchée, entre chaque parole, et même, disait-il entre chaque respiration pour ne pas étouffer[1]. Il était répugnant à voir manger, car il cherchait à

1 *Névroses et idées fixes*, II, p. 385.

faire un rot entre chaque petite bouchée, toujours pour assurer sa respiration.

Vous remarquerez qu'il y a ici à propos de la déglutition et à propos de l'œsophage, trois maladies, ou plutôt trois symptômes qui sont très voisins : 1° Les dysesthésies, douleurs bizarres ou sensations de boule, de marron, etc. ; 2° les spasmes qui siègent à diverses hauteurs de l'œsophage ; 3° les phobies de déglutition dont nous vous citons des exemples. Les trois phénomènes amènent le même résultat : il ne faut pas les confondre avec les anorexies qui arrivent au même résultat par un autre mécanisme. Ces trois phénomènes dépendent d'une fixité maladive de l'attention sur les sensations qui proviennent du pharynx ; on peut dire si vous voulez, qu'il y a un trouble dans la circulation ou dans le fonctionnement du centre cortical du pharynx. Ce langage n'ajoute pas grand'chose à nos connaissances précises.

Ce qui est plus intéressant, c'est d'abord de remarquer l'association de cette phobie avec la maladie de l'estomac. Il serait très commode de pouvoir dire que la phobie en résulte : le malade aurait souffert de l'estomac, ensuite les toxines fabriquées dans l'estomac auraient influencé son cerveau, enfin, il aurait craint de manger. Malheureusement, il est absolument certain que la préoccupation du pharynx, la phobie de déglutition, a précédé de plus de six mois la maladie d'estomac. C'est la même dysesthésie, le même spasme qui a peu à peu envahi l'estomac et le pylore comme le pharynx. Il est intéressant de remarquer aussi que cet homme ressemble, par toute sa vie antérieure, à tous nos malades obsédés, c'est un inquiet, un agité, un scrupuleux. A une époque où il avait beaucoup d'ennuis, une petite gêne dans la gorge, un grattement qu'il éprouvait, a été le point de départ de toute cette histoire.

Nous traitons un peu sa maladie d'estomac par le régime, les alcalins, le carbonate de chaux plutôt que le bicarbonate de soude, pris deux heures après le repas, et nous espérons qu'en souffrant moins de l'estomac, il pourra se rassurer et manger avec moins de précaution.

Observation 71. — **Phobie de la défécation.**

Voici une phobie singulière sur laquelle il n'y a pas lieu d'in-

sister, il vous suffit d'en constater la possibilité. Cette femme de 35 ans, Hil..., a toujours été une timide, une inquiète, une grande aboulique. Elle a eu et elle a encore des tics divers : elle tord son cou à droite et à gauche; cela est, paraît-il, nécessaire pour lui permettre de digérer. Elle a eu des phobies d'alimentation, de déglutition, etc. Mais depuis quelque temps la phobie s'est localisée sur un autre point. Elle a eu, il y a six mois, des coliques et des diarrhées causées, dit-elle, par une émotion en rencontrant un aliéné, c'est possible. Elle a souffert en allant à la selle, elle s'est impressionnée à la pensée de perdre ainsi trop vite ses aliments, enfin elle a associé son angoisse avec l'acte de la défécation. Vous ne pouvez vous figurer les scènes bizarres que produit une phobie semblable. Elle souffre du besoin d'aller à la selle, elle le dit à tout venant, elle aspire à la délivrance ; mais dès qu'elle se lève pour aller aux cabinets, elle a des terreurs, des angoisses et elle se rasseoit. Toute la famille en pleurs la supplie de vouloir bien aller aux cabinets, le mari l'y porte dans ses bras, il reste auprès d'elle et l'on réussit quelquefois à obtenir au milieu des contorsions et des cris de terreur, le résultat souhaité. Il sera peut-être nécessaire d'isoler cette malade de sa famille, qu'elle a pris l'habitude de tourmenter : une discipline un peu plus sérieuse nous paraît nécessaire.

Observation 72. — **Phobie génitale.** — *Incontinence d'urine, masturbation, impuissance, angoisse.*

Vous connaissez les algies génito-urinaires qui sont si banales ; il est évident qu'il suffit d'une légère transformation dans les sentiments ou les idées du malade pour qu'il y ait plutôt une phobie de ces fonctions. Rien n'est plus fréquent que les phobies génitales, elles jouent souvent un grand rôle pour le plus grand malheur des jeunes ménages.

Voici un pauvre homme de 32 ans, Tnd..., qui a envie de se marier, et qui songe avec juste raison qu'il ferait bien de se guérir au préalable d'une singulière maladie qui ne serait pas très agréable en ménage. Sa mère avait des attaques d'hystérie, une de ses sœurs est une obsédée. Il eut de l'incontinence d'urine nocturne jusqu'à l'âge de 14 ans ; il abusa de la masturbation jusqu'à l'âge de 25 ans. Remarquez la similitude des antécédents

dans ces phobies avec ceux que nous avons observé dans les algies urinaires, ce sont des troubles du même genre chez des malades qui ont toute leur vie une évolution spéciale.

Tnd... ressentit bientôt une foule de troubles qui augmentèrent surtout après son retour du service militaire : « Je ne pouvais pas travailler parce que je ne pouvais pas faire attention, je n'avais plus de mémoire du tout, je ne pouvais pas me rappeler ce que j'avais fait la veille ; il m'était impossible, malgré mes efforts, de penser à une chose déterminée, ma tête pensait toujours vaguement à une foule de choses étrangères. » D'après quelques conseils, il se mit en tête, non sans quelque apparence de raison, que beaucoup de ces troubles étaient en rapport avec la masturbation, il voulut essayer de se guérir, et il résolut d'avoir avec les femmes des rapports normaux.

Ce fut une grave résolution à laquelle s'opposait sa timidité naturelle et un sentiment de pudeur tout à fait étrange. Remarquez, en effet, que nos psychasthéniques, hommes et femmes, présentent souvent une pudeur énorme : sans doute ce n'est pas un grand mal, quoique, même pour la vertu, il ne faille pas d'excès. Cette pudeur nous paraît être en rapport avec un défaut d'énergie, une crainte des relations sociales, une terreur de l'autre sexe, une épouvante à la pensée des conséquences de l'acte et d'une famille possible. Il y a là un signe d'impuissance morale excessivement intéressant. Cette impuissance morale va très souvent avec l'impuissance physique, c'est ce qui est arrivé à ce pauvre garçon. Il s'était résolu à cette tentative pour se guérir de la masturbation et pour sauver sa santé. Il n'avait pas l'excitation nécessaire, au moment du coït ; il se sentit gêné, honteux, il voulut aller au delà, ses efforts amenèrent comme dérivation une angoisse qui le fit horriblement souffrir. Il a recommencé plusieurs fois cette tentative malheureuse, toujours avec le même résultat et avec une angoisse croissante ; maintenant il lui suffit de penser aux rapports avec une femme pour avoir une crise d'angoisse. Ce qui l'étonne le plus, dit-il, c'est qu'il se trouve très normal dans la masturbation et tout à fait froid et impuissant près d'une femme. Voici encore un exemple curieux de cette différence sur laquelle nous insistions tant entre l'acte solitaire et l'acte social. Que voulez-vous mon garçon, ce n'est pas absolument la même chose dans les deux cas que vous comparez, l'un est beaucoup plus simple que l'autre.

Il a essayé bien des procédés de guérison ; celui qui a le mieux réussi nous intéresse particulièrement, c'est l'ivresse. Il n'a bien réussi auprès des femmes qu'une fois ou deux pendant qu'il était ivre : c'est peut-être parce que l'ivresse l'empêche de réfléchir et de voir la complication du problème ; c'est aussi qu'elle augmente la tension nerveuse et qu'elle le rend pour un moment capable d'une adaptation à une situation réelle. Maintenant, le voici qui imagine de se guérir par le mariage ; c'est bien honnête de sa part de nous demander conseil auparavant. Nous lui conseillons de tout notre pouvoir de ne pas faire une sottise semblable, il aura peur de sa femme comme des autres, et il fera deux malheureux au lieu d'un ; et puis pour les enfants qui résulteraient de cette union, nous ne croyons pas nécessaire de lui faire courir de tels risques.

Observation 73. — **Basophobie.** — *Comparaison avec l'abasie hystérique, avec l'agoraphobie.*

Observez la façon dont ce malade, Fou..., un homme de 58 ans, s'avance sur l'estrade : il est soutenu et presque porté par deux personnes, il avance avec une lenteur extrême, en tremblant, en appuyant ses pieds lentement et avec précaution, il regarde constamment ses jambes, il est pâle et haletant, il se cramponne à ses deux soutiens, et quand ceux-ci font mine de s'écarter il les retient désespérément en criant : « Au nom du ciel ne me lâchez pas, je vais tomber », en un mot, il semble présenter un trouble considérable de la marche.

Maintenant, qu'il est assis, il se calme peu à peu et nous pouvons examiner ses jambes ; elles sont absolument normales, aucune contracture, aucune paralysie, une très grande force pour résister aux mouvements passifs, intégrité absolue de tous les réflexes. Vous connaissez ce syndrome, impossibilité de la marche sans aucun trouble des jambes, vous l'avez vu dans l'hystérie, s'agit-il donc d'astasie-abasie hystérique ? D'abord elle serait incomplète ; en effet ce malade présente un détail curieux, c'est qu'il se tient très bien debout immobile et même que son métier le force à rester tout le jour debout devant son établi, ce qui lui est indifférent, il y aurait donc chez lui de l'abasie pure. Mais nous n'observons aucun stigmate hystérique, aucun fait caracté-

ristique qui rappelle l'hystérie dans la longue vie de ce malade. En outre, il n'y a pas ici paralysie systématique pure, il y a énorme angoisse aussitôt qu'il essaye de marcher.

Vous pourriez alors penser à la maladie si banale de l'agoraphobie ; mais quoique le cas s'en rapproche, ce n'est pas tout à fait la même chose. Le trouble se présente comme vous venez de le voir dans une chambre, il n'augmente pas dans les grands espaces et le malade sent bien que c'est la marche qui le préoccupe et non pas les grandes places. Nous croyons donc que c'est la marche même qui détermine de l'angoisse ; il s'agit de la maladie déjà décrite par Biswanger et par Séglas, maladie que ces auteurs ont appelé *la disbasie émotive* et qui est en somme une *phobie de la marche*.

Le pauvre homme prétend que cela lui est venu brusquement il y a neuf ans, mais au dire de sa femme, il a toujours été plus que bizarre : il était inquiet et irritable, et bien des années avant le trouble actuel, il avait présenté une phobie du bruit, il avait peur qu'on ne parlât haut, il se mettait au désespoir si ses enfants riaient trop fort. Il y a neuf ans, il a eu une sorte de congestion et de vertige, le médecin a examiné ses jambes, ce qui l'a inquiété ; depuis ce moment, il s'est préoccupé outre mesure d'un chemin qu'il doit suivre pour aller à l'usine. Il paraît qu'il y a un endroit où la route est étroite entre deux fossés, son inquiétude vague s'est précisée sur ce point : « Si mes jambes sont faibles, si j'ai un vertige je tomberai dans le fossé. » La marche l'a préoccupé, elle est devenue attentive, difficile et angoissante.

Nous pouvons procurer un peu de repos à ce pauvre diable ; s'il prend plus d'énergie, il aura moins d'émotion ; mais vous ne vous figurez pas ce qu'il faudrait de travail et de patience pour guérir, par l'éducation psychologique, un pareil symptôme qui dure depuis neuf ans chez un homme de 58 ans.

Observations 74 et 75. — **Phonophobie.**

Ces deux malades présentent un trouble assez fréquent qu'il n'est pas très facile de classer, vous pouvez si vous le désirez le rapprocher des algies : ce serait une algie de l'oreille ; il nous semble qu'il se rapproche plus de la phobie de la fonction. Cette dame de 57 ans, Gld..., a toujours été très nerveuse, dans son

enfance elle était très sujette à des terreurs nocturnes et soutenait que des serpents grimpaient dans son lit. De 13 à 20 ans, elle a été une scrupuleuse, tourmentée par des remords pour des crimes insensés, ayant la manie de s'interroger pour savoir si elle avait oui ou non frappé sa mère d'un coup de pincettes. A 26 ans, très frappée par la mort de son père et de sa sœur, elle est devenue tout à fait psychasthénique : maux de tête, maux d'estomac, arrêt des règles, aboulie et insensibilité morale. « Elle n'était même plus capable de pleurer la mort de son père. » Plus tard à 30 ans, très énervée, elle éprouva des angoisses à propos de rien, c'est l'angoisse diffuse que nous connaissons. Mariée à 30 ans, elle présente un fait curieux sur lequel nous avons déjà souvent insisté, c'est l'amélioration surprenante de certaines psychasthéniques pendant les grossesses. Il est probable que la tension nerveuse et le niveau mental montent avec l'excitation de la vitalité causée par la grossesse ; elle retombait dans les intervalles. Cependant depuis l'âge de 40 à 50 ans, elle fut à peu près raisonnable.

Tout s'aggrava à la ménopause ; très impatiente, elle ne pouvait plus supporter le plus léger ennui. Tout lui semblait dirigé contre elle, tout déterminait un sentiment de défaillance « comme si elle n'était plus elle-même ». Ce sentiment s'est peu à peu spécialisé à des impressions qui lui étaient plus désagréables que toutes les autres, c'est-à-dire aux bruits que l'on faisait autour d'elle. Le début de son horreur des bruits est bien typique, elle avait encore avec elle sa belle-mère qui lui inspirait de l'horreur naturellement. Cette pauvre vieille dame avait, paraît-il, la déplorable habitude de manger ou plutôt de grignoter quelque chose toute la journée, des gâteaux ou des dragées. Le bruit qu'elle faisait en les mâchant était odieux à la malade et déterminait plus que toute autre chose soit l'angoisse par irradiation de la mauvaise humeur, soit le sentiment de défaillance et de chute morale. Peu à peu l'horreur s'étendit à tous les bruits et maintenant, quoiqu'elle ait du coton dans les oreilles, des bandeaux autour de la tête, elle a des angoisses continuelles pour tous les bruits de la rue ou de la maison.

A ce propos nous voudrions vous raconter l'observation de Ot..., homme de 53 ans, qui ne peut vous être présenté ici pour une excellente raison, c'est qu'il ne peut pas quitter une cham-

bre spéciale, qu'il a fait construire dans la partie la plus reculée de sa maison.

C'est une chambre à triples fenêtres dont les murs et le plancher sont matelassés et où il passe toute sa vie. Ot... est cependant un homme intelligent qui occupait une grande situation mais qui a commis la sottise de se retirer complètement des affaires à quarante ans. Il s'est ennuyé, il n'a pas trouvé en lui-même une énergie suffisante pour se créer des occupations et peu à peu il a été atteint d'une neurasthénie grave. A peu près comme dans le cas précédent la susceptibilité s'est développée, et tout devenait une cause d'angoisse. Une machine, un rouleau à vapeur qui écrasait les cailloux dans sa rue a été le point de départ de la phobie des bruits : il ne peut plus rien entendre maintenant et ne quitte pas sa chambre spéciale. Dans sa chambre matelassée il fait le pendant de cette malade dont nous vous avons souvent parlé qui a passé les quinze dernières années de sa vie dans une chambre obscure, par crainte de la lumière. L'un de nous a connu un autre de ces malades qui demandait à être rendu sourd, des deux oreilles, pour échapper à l'obsession des bruits. Il ne trouva pas un chirurgien complaisant pour faire l'opération, alors il se fit faire deux pivots en argent pour obstruer chacun de ses conduits auditifs, ce qui atténua, un peu, sa phobie.

Observation 76. — **Microphonophobie.**

Ce malade, Bow..., âgé de 52 ans, jouit d'un honneur peu enviable, c'est qu'on a dû inventer un nom nouveau pour décrire sa maladie. Un médecin auriste qui l'a vu il y a quelques années lui a déclaré qu'il était atteint de *microphonophobie ;* il a été flatté d'avoir une maladie si peu banale.

Son père était nerveux et colère, sa mère eut longtemps la danse de Saint-Gui dans sa vieillesse ; était-ce une chorée d'Huttington ? Le malade a un frère extrêmement nerveux et enfin il a un fils qui est déjà un obsédé comme lui.

Chose intéressante, il semble avoir eu toute sa vie la même obssession ; déjà dans sa jeunesse il était impatient, irritable et se contrariait facilement. Ce qui le blessait le plus, c'étaient les petits bruits désagréables : il avait horreur d'entendre les gens manger leur soupe, il se battait contre un camarade qui avait

un reniflement désagréable. Plus tard, au régiment, il éprouvait un besoin irrésistible de jeter les assiettes à la figure d'un voisin qui mâchait un cure-dent; il lui fallait s'éloigner si quelqu'un se mouchait dans la salle.

Ces souffrances causées par les bruits dépendaient d'un caractère tout spécial. C'est un homme égoïste, entier, horriblement autoritaire. « J'ai besoin, dit-il naïvement, pour être heureux que tout le monde autour de moi fasse comme moi, se plie à mes manies; il faut que je sente l'accord régner. » Nous traduisons cela en disant que ces gens-là, faibles de volonté, impuissants, ont beaucoup de peine à se maintenir à un niveau mental suffisant, qu'ils ne peuvent plus agir, ni faire attention, ni éprouver les émotions complètes dès qu'ils sentent autour d'eux de la variété. De même que les émotions s'accroissent au théâtre quand toute une salle pense comme nous, de même que l'énergie grandit dans une foule emportée par un même souffle, de même il est bien plus difficile d'agir et de sentir complètement quand nos voisins agissent et sentent autrement. C'est là le point de départ des fanatismes religieux, et c'est ce qui fait également les belles-mères autoritaires. Bow... nous exprime ce fait par un exemple pittoresque: « Comment voulez-vous que je lise dans mon cabinet quand je sens qu'il y a une bonne qui balaye dans l'antichambre ». Théoriquement il a raison, on lit mieux dans une salle de bibliothèque quand on sent que tous les assistants lisent également et ne font pas autre chose; mais il est vrai d'ajouter que si on a un peu de force d'attention on peut lire aussi même quand une bonne balaye.

Quoi qu'il en soit, son besoin d'autorité l'amenait à se fâcher, à avoir une émotion pénible et abaissante dès qu'il devinait la contradiction autour de lui. Or, cette contradiction se manifestait par des bruits, le bruit des portes qu'on frappe, le bruit des pas, celui des bavardages, des rires, etc., et ces bruits devinrent odieux. « Ce ne sont pas les bruits que je redoute, répond le malade, on peut tirer le canon près de moi; ce sont les petits bruits et les petits bruits faits par des hommes, j'ai remarqué que si une souris gratte dans le mur, cela m'est égal. Mais si on marche dans l'appartement au-dessus de moi, j'ai des angoisses. » C'est bien ce que nous disons, ce n'est pas précisément la phobie des fonctions de l'oreille, c'est une phobie plus compliquée qui évidemment se rapproche un peu du délire de persécution.

Il est intéressant de vous faire constater que nous avons réussi à obtenir chez ce malade une grande amélioration ; nous en sommes nous-mêmes étonnés. Notre petit traitement tonique n'a pas dû avoir une grande influence, nous attachons plus d'importance aux exercices de l'attention. Nous avons affirmé à ce brave homme que l'on pouvait arriver par l'attention à se concentrer sur un travail et à ne pas entendre les bruits du dehors et nous lui avons montré que son angoisse à propos des bruits venait en réalité de sa faiblesse d'attention. Il nous a pris au mot, et s'est mis au travail, il avait des études de géographie à rédiger, des calculs à faire, il s'y est mis avec courage. Il faut dire que nous avons dû l'exhorter et l'exciter bien souvent ; il n'en est pas moins vrai que ce travail d'attention a augmenté son énergie, l'a rendu moins susceptible aux impressions déprimantes et a amené dans son état, au bout de quatre mois, un changement surprenant dont sa famille était encore plus satisfaite que lui-même.

TROISIÈME SECTION

LES PHOBIES DES OBJETS

Observations 77 et 78. — **Phobies professionnelles.** — *Aboulie professionnelle, phobie du rasoir, phobie du télégraphe.*

Un autre groupe de phobies, très célèbres, semble être déterminé, non plus par une fonction particulière du corps mais par la perception d'un objet ; elles ont servi autrefois à édifier le délire du contact parce que cette phobie des objets se développe surtout au contact de l'objet. Nous pensons qu'on a exagéré le rôle du contact et le rôle de l'objet lui-même et que malgré l'intervention apparente d'un objet extérieur, le fait essentiel est encore un trouble de la volonté qui amène cette émotivité spécialisée. Rien ne peut mieux démontrer notre thèse que l'étude des cas de phobie semblables à ceux-ci et c'est pourquoi nous commençons par ces deux malades l'étude de la phobie des objets.

Le premier, ce jeune homme de 20 ans, Ppt..., a des terreurs folles en touchant un rasoir, c'est donc un cas tout à fait banal, car la phobie à propos des couteaux et des objets tranchants est des plus répandues. Quand il prend un rasoir, il tremble, ce qu'il ne fait jamais en dehors de cette circonstance ; il est haletant, tout en sueur ; il a l'esprit traversé par les craintes les plus chimériques, le meurtre, la prison, l'échafaud, etc. C'est donc une angoisse associée avec la perception et surtout avec le contact d'un rasoir.

L'autre malade, cet homme de 38 ans, Lch..., a au contraire une phobie qui semble beaucoup plus exceptionnelle, il a la phobie des appareils télégraphiques et accessoirement des lettres, des timbres-postes. Comme chez le premier, suffocations et angoisses quand il touche l'appareil télégraphique ou une lettre et un véritable délire s'il insiste. Ici encore angoisse associée avec la perception et surtout avec le contact de l'appareil télégraphique.

Faut-il inventer deux noms grecs pour désigner ces deux phobies et faut-il croire que l'objet extérieur, le rasoir ou l'innocent appareil télégraphique soient la raison d'être des angoisses ?

C'est là ce que l'on fait bien souvent quand on explique directement les phobies par les objets qui semblent les provoquer, en particulier quand on rattache sans intermédiaire et sans autre explication l'éreutophobie à la rougeur du visage.

S'il en était ainsi, nos deux malades seraient très différents l'un de l'autre, car il n'y a pas de rapport entre un appareil télégraphique et un rasoir. Nous prétendons cependant que ces deux malades sont tout à fait identiques, non seulement dans leurs angoisses, mais encore dans la cause de leurs angoisses. Il y a donc une ressemblance plus profonde qu'il faut rechercher.

En nous décrivant leurs phobies ils ont oublié de nous dire quelque chose : le premier ne vous a pas dit qu'il est garçon coiffeur ; le second ne vous a pas avertis qu'il est employé des postes. Ce petit détail peut paraître insignifiant et l'on peut dire que c'est par une coïncidence fortuite qu'un coiffeur a peur du rasoir et un employé des postes du télégraphe. Ce n'est pas du tout notre avis.

Ces deux individus n'ont pas commencé immédiatement par ces phobies : le garçon coiffeur, fils d'un père acoolique, déjà alcoolique lui-même, est foncièrement paresseux; il a une peine énorme à travailler et il y a un travail qui lui répugne plus que tous les autres, c'est son propre métier : ce n'est pas là un caractère bien exceptionnel. Il paraît que les clients de ce pauvre garçon ont des barbes particulièrement dures, très pénibles à couper. Déjà depuis longtemps il s'inquiétait des clients à barbe dure et il lui fallait bien du courage pour commencer à les raser. Il y a quelques semaines, après une série d'indigestions où l'alcool a peut-être sa part, il n'eut plus le même courage, c'était décidément trop pénible. Quand il voulut surmonter cette faiblesse, il se mit à trembler, à suffoquer, l'idée lui vint bien vite que son rasoir pouvait blesser le client. Cette idée était si simple, si commode pour expliquer et aussi pour excuser le défaut de courage au travail. Elle fut accueillie avec empressement et maintenant elle se représente chaque fois qu'il s'agit de travailler.

Voyons l'autre malade, Lch...: son père était déjà obsédé et sa mère hystérique. Il arriva cependant, avec bien des efforts, à se faire une petite carrière comme employé télégraphiste ; mais depuis longtemps il était dégoûté de son métier et il lui fallait un

effort exagéré pour travailler. « Je savais bien que le même travail ne demandait pas tant de peine à mes camarades. Il y avait quelque chose de maladif dans les efforts que je devais m'imposer. » Il y a trois ans, il a été atteint d'une pleurésie très grave qui l'a retenu six semaines au lit, quand il s'est relevé, il était bien entendu moins énergique que jamais : « Dans ma chambre j'avais déjà des sueurs froides en pensant qu'il faudrait retourner au bureau. » Il y retourna cependant, mais quand il voulut se remettre à l'ouvrage, il n'arriva qu'à provoquer des angoisses. L'objet qui était immédiatement devant lui était son appareil télégraphique, celui qui incarnait en quelque sorte pour cet esprit simple tout le travail du bureau, c'est le pauvre appareil qui fut considéré comme responsable.

En un mot, ces deux phobies sont des phobies professionnelles tout à fait identiques. De telles phobies sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit ; bien des phobies portant sur les plumes, les aiguilles, l'eau, les assiettes, le foyer de la cuisine, sont absolument du même genre. On a tort, dans ces cas, de considérer à part la phobie de l'objet sans la rattacher à la phobie de l'acte professionnel qui en est le point de départ. La véritable origine se trouve en effet dans les aboulies professionnelles qui sont extrêmement fréquentes, car les actions qui le plus souvent doivent absorber la majeure partie de la volonté de l'individu sont les actions de son métier et quand par abaissement le malade perd une grande partie de sa volonté, c'est très souvent ce métier qui va en subir les conséquences.

Observation 79. — **Délire du contact.** — *Phobie des microbes, phobie de la saleté, malpropreté repoussante, traitement par l'hypnotisme.*

Tous les phénomènes de phobie sont très complexes et ils contiennent toutes sortes de troubles variés. Pour le moment, nous insistons surtout pour vous montrer comment les troubles de l'activité, de la volonté sont importants au milieu de ces troubles émotionnels que l'on a souvent considérés trop exclusivement.

Cette dame de 32 ans, U..., est amenée presque de force par son mari et par son beau-frère, qui semblent être à cause d'elle dans un état de colère et de désespoir. Ils nous disent que cette

femme met un épouvantable désordre dans sa maison, la rend complètement inhabitable : « Ce n'est pas ma faute, dit la malade, c'est parce que j'ai peur de la phtisie, peur des microbes pour moi et pour mes enfants. Une domestique est morte de phtisie après avoir passé quelque temps dans ma maison, c'est là ce qui m'a impressionné et j'ai conservé une terreur de la phtisie. »

Ce qu'elle dit là est assez raisonnable : comment une crainte semblable peut-elle mettre le désordre dans la maison? Si cette crainte était véritable, elle amènerait cette personne à prendre de grandes précautions hygiéniques, à tenir le ménage très propre. Nous sommes frappés de voir que ces phobiques ont une conduite tout à fait en contradiction avec l'explication qu'ils en donnent. Celle-ci, par la crainte de la phtisie, ne veut plus qu'aucune domestique touche à son linge ou à sa chambre ; il en résulte qu'elle garde des draps de lit, des chemises pendant un an. Elle ne veut plus que personne la touche, elle ne veut plus elle-même toucher aucun objet qui pourrait être dangereux; il en résulte qu'elle ne se lave jamais, qu'elle est restée dix-huit mois sans toucher à sa chevelure. Nous avons dû faire raser la tête pour enlever un paquet innomable et lui faire prendre un bain absolument de force. La chambre de cette femme,dit son beau-frère, répandait au loin une odeur infecte et elle voulait soumettre son mari, ses enfants et toute sa maison au même régime. N'est-il pas bizarre que la crainte de la malpropreté l'amène à vivre dans un pareil fumier ? Nous verrons plus tard bien de ces contradictions. Les personnes trop religieuses ne peuvent plus accomplir aucun acte religieux, celles qui sont trop précises dans leur calcul ne peuvent plus faire une addition. Nous savons bien que les malades font des distinctions subtiles. U... prétend qu'elle n'a peur que du microbe de la phtisie et que les autres pourritures lui sont indifférentes. C'est de l'enfantillage, elle sait très bien le danger d'une pareille conduite, elle a laissé pourrir dans sa chambre du linge appartant à la domestique phtisique plutôt que de permettre d'y toucher. Il nous semble que l'émotion et la terreur n'est qu'un côté du phénomène, il y a toujours en même temps une gêne, comme disent les malades, une impuissance, une aboulie pour certains actes. Cette femme est aussi bien une aboulique de propreté qu'une phobique de malpropreté. Or cette aboulie est bien en relation avec toute l'histoire des malades,

leur paresse, leur défaut de volonté, leur défaut d'attention et de certitude qui existait depuis leur enfance.

Après l'aventure de la bonne phtisique, cette femme a été émue : si l'émotion était tout, elle aurait dû avoir sa maladie tout de suite, puisque l'émotion était plus forte au moment même où elle apprenait la mort de cette bonne. Il n'en a rien été, elle a simplement pris à ce moment des précautions élémentaires d'hygiène et de propreté. Pendant six ans, elle est restée raisonnable, prenant tout au plus trop de précautions ; puis est survenue il y a deux ans, une attaque très grave d'influenza à la suite de laquelle elle s'est montrée très paresseuse, le moindre effort lui donnant mal à la tête. Elle refusait de sortir et surtout elle n'avait plus le courage de s'habiller pour se montrer au dehors. Cette aboulie simple s'est compliquée par les préoccupations précédentes ; elle n'a plus pu prendre raisonnablement ses précautions d'hygiène ; elle a eu de l'angoisse en les prenant, cette angoisse s'associant avec l'idée de ces précautions les a rendues plus difficiles encore et peu à peu elle est devenue incapable de faire les actes auxquels elle pensait le plus.

Il y a chez cette personne une ressource dont on peut essayer ; elle vient d'une ville de province où l'hypnotisme est en grand honneur et elle est convaincue qu'elle sera guérie par quelques séances de suggestion.

Les espérances de cette pauvre femme étaient en partie fondées : la suggestion s'est montrée chez elle un peu plus forte qu'elle n'est d'ordinaire chez les psychasthéniques. Nous avons obtenu par ce procédé une propreté remarquable et de véritables efforts. Elle compte repartir et se croit guérie. Nous n'avons pas la même conviction et nous craignons que l'amélioration ne soit que momentanée.

Observations 80, 81, 82, 83. — **Phobies du chien enragé.** — *Sentiment d'incomplétude et d'étrangeté, transformation de l'émotion, aboulie, arrêt des actes, dissimulation de l'obsession.*

Le hasard nous permet de réunir devant vous quatre malades qui ont en apparence la même phobie. Ils sont tous malades par la peur du chien enragé : nous aimons à rapprocher les phobies

en groupe pour vous montrer que ces troubles ne sont pas aussi différents les uns des autres qu'on le croit. Il y a un certain nombre de troubles pathologiques des psychasthéniques qui amènent régulièrement chez eux certaines pensées, aussi est-on frappé de voir combien tous ces malades finissent par se ressembler, comment ils en arrivent à employer tous les mêmes expressions.

Cependant quoique ces quatre malades aient un caractère commun, ils diffèrent les uns des autres par de petits détails. Ces différences légères sans doute ne sont pas sans intérêt ; elles nous montrent combien l'objet apparent de la phobie est souvent peu de chose dans la maladie, puisque la même phobie peut se rattacher à des troubles assez différents les uns des autres.

Cette femme de 38 ans, Vof..., qui ne semble pas avoir d'antécédents héréditaires, a été fatiguée par une série de cinq grossesses consécutives. Elle avait beaucoup maigri et présentait déjà des troubles neurasthéniques. A l'âge de 36 ans, le premier jour de ses règles, elle a été mordue à la cheville par un chien ; il en résulta une grosse émotion. Les premiers jours on parla beaucoup de cautérisation et en somme on n'en fit pas, car le chien n'avait rien de suspect. Elle parut se calmer, mais elle avait cessé son travail et continuellement elle bavardait toute seule. C'était là le phénomène de la rumination mentale que nous verrons bientôt prendre un grand développement chez d'autres malades. Quinze jours après, l'agitation devient plus visible : elle va, vient, gémit tout le temps ; puis la voici qui se plaint d'étouffer et d'avoir des angoisses continuelles.

Quel est exactement l'état mental qui est en rapport avec ces angoisses. Elle avoue elle-même qu'elle pense tout le temps aux chiens enragés et il semble facile de conclure qu'il s'agit d'une émotion, d'une peur systématique de la morsure des chiens. Cependant si on insiste, elle proteste qu'on ne la comprend pas : « Je n'ai pas du tout peur des chiens, j'en ai un chez moi, je ne l'aurais pas gardé si j'avais une terreur des chiens ; je ne prends aucune précaution pour ne pas être mordue, je ne me soigne pas contre la rage : il ne faut donc pas dire que c'est cette peur qui me rend malade. »

Ces remarques sont justes : mais alors de quelle manière le chien enragé est-il lié dans son esprit avec l'angoisse ? « C'est, dit-elle, parce que je suis *humiliée* d'avoir été mordue, c'est comme si cela

m'avait flétrie, je ne suis plus comme tout le monde, les autres n'ont pas été mordus ; je sens que je ne suis plus la même, je suis honteuse de cette morsure et c'est cette pensée qui me suffoque toute la journée. »

Voyez comme cette pensée est curieuse et nous éloigne de la peur banale de la morsure. Ce n'est pas une vaine subtilité, car nous connaissons bien ce singulier état d'esprit qui étonne la malade elle-même. Le sentiment d'être abaissé, de ne plus être soi-même, d'être quelque chose d'étrange, c'est le fond de la dépersonnalisation. Ce symptôme nous a semblé fondamental chez les psychasthéniques et même chez quelques épileptiques, c'est une manifestation remarquable de la chute de la tension psychologique. C'est là l'essentiel chez cette femme : sentiment d'étrangeté de la personne à la suite d'une émotion pendant les règles chez une affaiblie, sentiment s'accompagnant de phénomènes d'angoisse. Quant au chien enragé, il est, si on peut ainsi dire, un accessoire. Vous ne pouvez pas demander à cette brave femme de faire la psychologie de son cas et de dire qu'elle est atteinte de dépersonnalisation ; elle interprète ce qu'elle ressent à sa façon, elle parle d'humiliation, de flétrissure, parce qu'elle se sent abaissée et étrange et elle attribue ce sentiment à la morsure du chien, car cette morsure constitue la seule différence visible pour elle entre son état ancien et son état récent.

Cet homme de 28 ans, Lae..., a aussi la phobie du chien enragé, mais cette phobie ne se présente pas sous la même forme que dans le cas précédent. Fils d'un père alcoolique, ce malade ne s'est bien porté que jusqu'à l'âge de quinze ans. A ce moment, il a été mordu par un chien qui, paraît-il, fut reconnu enragé et abattu. Quoi qu'il en soit, notre homme ne fut pas soigné et vous voyez qu'il se porte encore bien après treize ans, ce qui est un peu long pour une incubation. Il le reconnaît lui-même: « Aussi, dit-il, il n'a pas d'ordinaire la peur de la rage, il voudrait seulement ne pas avoir toujours *l'émotion du chien enragé.* » Qu'est-ce qu'il veut dire par là ? C'est que pendant les premiers mois il a été ému par la pensée de cette morsure : « Cela me donnait des maux de tête, des crispations de nerfs, quelque chose qui me tournoyait dans le ventre. Ah je connais bien cela, c'est l'émotion du chien enragé. » En un mot, ce brave homme donne ce nom bizarre à une angoisse particulière qu'il a éprouvée à l'âge

de 15 ans, dans les premiers mois qui ont suivi la morsure. Or, il s'est passé depuis une chose curieuse, il est devenu incapable d'éprouver les émotions normales, comme il les éprouvait autrefois, il n'a plus les souffrances ordinaires, encore moins les plaisirs, il n'a plus ni les peines, ni les joies : toutes les émotions sont remplacées par une émotion toujours la même qui est l'émotion du chien enragé. La même crispation des nerfs, le même petit tournoiement dans le ventre surviennent à tout propos et comme les sensations sont pareilles, il leur donne le même nom et il a dans l'esprit à leur occasion la même pensée : « Je ne puis pas même être amoureux, nous dit-il en gémissant, si j'embrasse une femme, cela me donne uniquement mon émotion du chien enragé et malgré moi je détourne la tête pour voir si un chien ne me frôle pas les jambes et ne me lèche pas le pouce. » N'est-ce pas un joli exemple d'inachèvement, d'incomplétude des émotions se transformant par dérivation en une angoisse banale qu'il baptise d'un nom spécial et qu'il précise lui-même par interprétation.

Dans l'observation de cette femme de 42 ans, Jti..., la peur du chien enragé devient plus compliquée, elle a rempli presque toute l'existence et a déterminé des accidents variés.

C'est une personne évidemment prédisposée, quoique l'on ne constate dans la famille que des cas de goutte et d'asthme, elle a toujours été malade, elle avait déjà des cauchemars nocturnes et des tics dès son enfance. A l'âge de 13 ans, elle eut un accident bien caractéristique dont nous vous avons déjà signalé des exemples. Après une chute dans une cave, elle commença graduellement à se tenir de travers et à courber sa colonne vertébrale ; le médecin de la campagne, nous ne savons pas pourquoi, parla de mal de Pott et lui fit des pointes de feu qui empirèrent le mal. Vous savez que ces attitudes des jeunes gens peuvent très souvent dépendre de contractures hystériques ; en a-t-il été ainsi dans ce cas ? C'est à la rigueur possible ; mais en considérant l'évolution ultérieure de la maladie, nous croyons plutôt à un tic. La malade pouvait se redresser de temps en temps, elle avait ce sentiment assez caractéristique des psychasthéniques de simuler constamment. Quoi qu'il en soit, une variole assez grave à l'âge de 16 ans fit disparaître l'attitude vicieuse.

L'année suivante, elle fut préoccupée par une aventure relative à un chien enragé : elle ne fut pas mordue, elle ne vit même

pas le chien, elle sut seulement qu'il avait été abattu et enterré dans un endroit déterminé. Cette petite histoire piqua sa curiosité, l'intéressa, détermina même une certaine émotion et depuis ce moment elle en resta préoccupée. Pendant les dix ou quinze premières années, la préoccupation fut surtout mentale, la malade ne souffrait pas, elle n'avait pas de véritables angoisses, mais elle avait des ruminations relatives au chien enragé. Ainsi elle s'interrogeait sur la place où il avait été enterré, sur la profondeur ; elle aurait bien voulu savoir s'il y avait des poils qui ressortaient de terre et tout en se disant qu'elle était ridicule, elle allait une dizaine de fois vérifier si elle pouvait en voir.

Depuis l'âge de 28 ans à peu près, cette manie mentale se compliqua et amena des actes ridicules : de ses réflexions sur les chiens enragés Jti... conclut qu'il fallait sans cesse se cautériser et elle imagina de se brûler les mains, les mollets avec le soufre d'allumettes enflammées. « C'était, nous dit-elle, un tic, un besoin de me brûler partout où il y avait une petite croûte, un petit bouton et cela me faisait plaisir quand je m'étais brûlée. » Cette manie se prolongea jusqu'à l'âge de 35 ans.

Notez un détail curieux, c'est que cette maladie mentale qui durait depuis vingt ans était complètement ignorée par la famille de la malade et par son entourage. On la trouvait bizarre, on savait qu'elle avait des tics, mais personne ne se doutait de cette rumination qui remplissait son esprit depuis l'âge de dix-huit ans. Ce fait est très fréquent : les obsédés ne savent pas s'exprimer, leur maladresse dans les actions réelles trouble surtout leur langage. En outre, ils ont une sorte de honte d'eux-mêmes et de leurs idées, en rapport avec le sentiment d'abaissement ; enfin leur impuissance pour arriver au terme d'une idée les empêche d'être bien convaincus de leur délire et leur laisse un doute perpétuel. Toutes ces raisons font qu'ils cachent leur maladie et que celle-ci éclate un beau jour aux yeux de tous comme si elle venait de commencer, tandis qu'elle a déjà vingt ans de durée.

L'incident qui détermina l'explosion fut encore l'aventure d'un chien : on tua dans le village à coups de fusil un nouveau chien enragé. Depuis ce jour la voici réduite à l'impuissance, elle ne peut plus se lever de son lit, ni s'habiller, ni manger. Quand on insiste, elle prend tous les objets du bout du doigt, parce qu'elle n'ose plus les toucher ; elle se fâche quand on entre dans sa

chambre, elle veut rester complètement immobile et seule : disputes, interrogations et enfin aveux. « Il lui semble que le sang du chien qu'on vient de tuer a tout éclaboussé ; elle aura la rage si elle touche une serviette et cette crainte, dit-elle, lui cause d'horribles angoisses. » Elle crie, elle pleure, elle asphyxie quand on lui met sa cuiller entre les mains. Un jour elle ne veut même plus ouvrir les yeux et elle a d'horribles angoisses si elle les entr'ouvre parce que le sang du chien enragé va sauter dedans. Cet état se montre variable : tantôt il augmente quand elle est fatiguée, tantôt il diminue au point qu'elle rit elle-même de ses craintes et ne veut plus qu'on en parle. Mais en somme il n'a jamais cessé depuis cinq ans.

Si nous comparons ce cas au précédent nous voyons qu'il est différent d'abord par sa durée et son évolution, ensuite parce que le phénomène actuellement troublé est surtout l'acte volontaire. On constate surtout chez cette personne une aboulie énorme, déterminée par l'état émotif avec angoisse qui remplace l'action ; le délire nous paraît surajouté. La malade dit elle-même : « Je suis tellement troublée que je ne puis plus rien faire, que je ne puis plus rien toucher ; je ne puis pas comprendre cela, il faut qu'il y ait sur les objets quelque chose qui m'effraye et qui me dégoûte... C'est comme s'il y avait de la bave. » L'idée ancienne qui existait depuis trente ans n'a jamais disparu de cet esprit faible, automatique, incapable de changer et tout naturellement cette idée s'applique aux troubles actuels comme elle s'appliquait jadis au traitement des petits boutons. Inutile de vous dire que nous ne sommes pas très rassurés sur la guérison de cette femme. Il ne faut pas nous demander des miracles, essayer de supprimer par une suggestion de cinq minutes une pensée qui a occupé constamment l'esprit pendant trente ans, ce serait faire un miracle. Nous espérons seulement par le repos, l'hygiène alimentaire, l'emploi raisonné du bromure, calmer ces angoisses et lui permettre un peu d'activité volontaire.

Encore une histoire de chien enragé. Cet homme de 48 ans, Fi..., ne peut plus sortir de chez lui et, d'autre part, il ne peut plus entrer dans son cabinet de travail, ce qui rend la situation très malheureuse. « C'est, dit-il, parce que, dans la rue, il a la terreur du chien enragé et parce que sa femme est entrée dans son cabinet en portant une robe qu'elle avait eu quand elle traversait

la place de la Concorde, laquelle place de la Concorde lui paraît le rendez-vous habituel des chiens enragés. » S'il essaye de surmonter ses terreurs folles, il va trembler et suffoquer. Ne semble-t-il pas que l'angoisse soit ici déterminée par la peur des chiens et qu'il faille expliquer le premier phénomène par le second. Ce serait, croyons-nous, complètement méconnaître la nature de la maladie.

Ici la prédisposition héréditaire est incontestable ; la mère, qui vient heureusement de mourir, était une terrible mégère, assez riche et constamment préoccupée par la crainte de perdre son argent, elle croyait constamment qu'on venait la voler. En particulier, elle se mit en tête que son fils, étant son héritier, lui prendrait sa fortune ; aussi le prit-elle en grippe dès son enfance et l'a-t-elle constamment persécuté.

L'enfant fut toujours bizarre, sans volonté, craintif, timide, tiqueur. A l'âge de 8 ou 9 ans, il fut mordu par un petit chien, accident sans importance auquel personne, ne s'intéressa. Notez bien que l'enfant lui-même n'éprouva sur le moment aucune impression sérieuse, qu'il ne pensa pas longtemps à ce chien et qu'il n'eut aucune obsession relative à lui avant l'âge de 38 ans.

On ne dira pas ici que c'est l'accident émotionnel qui détermine immédiatement la nature de l'obsession, quand il y a un intervalle de trente ans entre l'accident et le développement de l'obsession. Mais s'il ne pensa pas à son chien, il n'en fut pas moins malade. C'était surtout un douteur incapable de se décider à aucun acte; il était caissier dans une maison de commerce et il eut de nombreuses crises d'angoisse qui le rendirent incapable soit de faire un compte, soit de signer un papier. Ces troubles devinrent si graves qu'il dut renoncer à son métier. L'inquiétude se porta alors sur autre chose; il avait peur de tomber dans la rue, il avait peur d'être malade et il ne voulut plus jamais sortir seul. Sa femme qui précédemment devait vérifier ses comptes et lui dire s'il pouvait les signer, dut maintenant l'accompagner partout. C'était donc simplement un agoraphobe.

On essaya de tous les moyens pour lui donner plus d'aplomb, on refusa de l'accompagner, on discuta indéfiniment devant lui l'absence totale de danger. C'est alors qu'en cherchant tous les dangers possibles, il retrouva la pensée du petit chien qui l'avait mordu dans son enfance. Il s'y arrêta avec complaisance en disant au début : « Vous voyez bien que j'ai été mordu par un chien, je

puis l'être encore. » Peu à peu ce souvenir du chien se présenta dans toutes les crises d'angoisse et remplaça tous les anciens prétextes. La phobie du chien enragé n'est ici qu'une forme du délire du doute et de l'agoraphobie.

Cette étude nous a donc montré dans quatre cas en apparence banals et identiques de la phobie du chien enragé quatre troubles fondamentaux différents. Cette analyse doit toujours être faite quand on se trouve en présence de phobies et d'obsessions, car c'est uniquement en s'attaquant au trouble fondamental que l'on a quelque chance de modifier la maladie.

Observation 84. — **Phobie du contact.** — *Phobie de la variole, syncope, angoisse, crises hystériques.*

Cette malade, Aln..., âgée de 37 ans, qui a des phobies du contact tout à fait analogues à celles que vous connaissez, présente dans l'évolution de sa maladie un détail à remarquer. Depuis trois ans, c'est une psychasthénique très nette dont le symptôme principal est l'aboulie avec angoisse. La forme que prend cette angoisse est variable, tantôt il s'agit de craintes de la fièvre typhoïde, tantôt de craintes des chiens enragés ; actuellement il s'agit de la crainte de la variole. Cette interprétation précise et augmente l'aboulie : quand la malade veut toucher un objet, ce sont des angoisses énormes qui ont été, dit-elle, jusqu'à la syncope véritable.

Ce qui nous frappe dans son histoire c'est qu'elle a traversé une période antérieure, de l'âge de vingt à l'âge de trente ans, pendant laquelle elle n'avait pas ces phobies, mais pendant laquelle elle avait de grandes crises de nerfs. Dans ces crises, elle prétend qu'elle perdait conscience ; un médecin qui l'a soignée à cette époque soutient qu'elle avait de l'hémianesthésie gauche et du rétrécissement du champ visuel : elle aurait donc été hystérique. Maintenant elle ne l'est aucunement, il n'y a pas d'anesthésie, il n'y a aucun autre stigmate, et les idées fixes n'ont pas la forme hystérique.

Cette succession des deux maladies n'a rien d'invraisemblable : cependant nous pouvons vous dire qu'elle est assez rare. Presque toujours ce sont des diagnostics insuffisants qui constatent l'hystérie chez les obsédés véritables. On prend leurs agitations

motrices et leurs tics pour des attaques et des contractures. Il semble qu'il y ait là dans ces deux maladies la psychasthénie et l'hystérie deux formations psychologiques assez différentes. D'un côté l'insuffisance mentale semble être générale et se manifeste par un abaissement du niveau de l'esprit, les phénomènes supérieurs dans la hiérarchie psychologique, volonté, croyance, etc., disparaissant les premiers. Dans l'autre état l'insuffisance mentale prend la forme du rétrécissement du champ de la conscience : certains phénomènes disparaissent totalement du champ de la conscience personnelle et ceux qui subsistent gardent leur perfection et ne sont pas abaissés. D'ordinaire, il semble qu'un cerveau prend définitivement l'une ou l'autre des deux organisations et qu'il la garde toujours dès qu'il est affaibli. Cependant le cas actuel et un petit nombre d'autres du même genre nous montrent qu'il peut y avoir alternance.

QUATRIÈME SECTION

LES PHOBIES DES SITUATIONS

Nous arrivons à des phobies en apparence plus complexes, car elles sont en rapport avec la perception d'une situation déterminée, ce qui demande déjà une opération intellectuelle plus délicate. Le type en est l'*agoraphobie,* maladie d'une extrême fréquence dont nous avons déjà recueilli une centaine d'observations. Il nous suffira de vous présenter les cas les plus remarquables à divers points de vue, pour vous faire comprendre comment cette nouvelle forme de la maladie psychasthénique se rattache aux précédentes.

Observaton 85. — **Agoraphobie.** — *Aboulie, timidité, masturbation, peur de la mort, peur de sortir seul.*

Ce malade, Bu..., qui a aujourd'hui 52 ans, présente un petit intérêt historique : c'est un ancien malade de Legrand du Saulle qui en 1880 se servait de ce cas pour démontrer les caractères de l'agoraphobie. C'est déjà une chose curieuse que vingt ans après nous puissions nous servir du même malade pour refaire cette étude. Ce fait n'est malheureusement pas à l'honneur de la thérapeutique.

Du côté paternel, nous notons un grand-père alcoolique, le père bizarre extrêmement religieux et tout près d'un délire mystique, deux cousines hystériques ; du côté maternel, nous constatons un cousin épileptique et une cousine idiote. Dès son enfance il était extrêmement timide et « à 50 ans, nous dit-il avec tristesse, je ne suis guère plus hardi ». On prétend qu'il était sujet, dans son enfance, à des crises nocturnes en rapport avec des cauchemars. Dès l'âge de 12 ans il commença à se masturber avec une véritable frénésie. « Je ne pouvais pas vivre si ce n'était pas fait au moins une fois par jour et quelquefois trois ou quatre. Je me disais : je m'épuise, je vais me tuer, et je ne pouvais pas m'en empêcher. » Vous voyez déjà la faiblesse de la volonté, le peu de résistance aux

tendances automatiques. La fatigue causée par ces abus, et peut-être aussi les réflexions qu'il vient de vous indiquer lui donnèrent de bonne heure, dès l'âge de 18 ans, de grandes inquiétudes sur sa santé : il avait à chaque instant la crainte de mourir. Cette crainte fréquente chez les psychasthéniques est en rapport avec les sentiments de faiblesse, d'insuffisance, d'incomplétude qui sont à notre avis l'un des phénomènes les plus importants du début. C'est une interprétation simple d'un sentiment vrai, celui d'abaissement de la tension nerveuse. L'abaissement du niveau mental supprime déjà par lui-même les fonctions du réel, et la volonté. Quand cet abaissement est senti par les sujets, ceux-ci osent encore moins agir, car il y a des dérivations émotionnelles qui viennent augmenter leur aboulie.

Notre malade devenait donc de plus en plus incapable d'agir et surtout d'agir seul : il fallait qu'il fût constamment dirigé, aidé et défendu. Ainsi, il ne pouvait rester seul dans une chambre, il se sentait abandonné et vite il sortait à la recherche d'un défenseur : il a toujours fallu que quelqu'un couchât dans sa chambre. Cette protection perpétuelle, il l'exigeait d'une manière extrêmement violente, se montrant colère et méchant si on ne semblait pas s'occuper assez de lui. La pauvre femme qu'il a épousée et qui depuis trente ans se charge avec dévouement de sa direction, nous dit qu'il montre vis-à-vis d'elle une énergie étrange pour l'accaparer, pour exiger ses soins continuels. « C'est d'autant plus étrange, ajoute-t-elle, que c'est en réalité un homme qui manque totalement d'énergie. » Sa remarque nous intéresse, elle soulève le problème des autoritaires. Quand ceux-ci se montrent ainsi violents et énergiques, c'est qu'ils ont l'énergie du noyé qui se raccroche à une branche ; plus ces malades se sentent impuissants à vivre, plus ils dépensent leurs dernières forces pour exiger la protection sans laquelle ils ne subsisteraient pas ; c'est au fond une dernière manifestation de l'instinct vital.

Vers l'âge de 25 ans commença ce qu'il appelle lui-même « *l'affaire des espaces* ». Il traversait seul, notez-le bien, la place de la Concorde, quand il éprouva un sentiment bizarre qui ressemblait à une crainte ; il avait une respiration rapide et se sentait comme suffoqué, son cœur battait violemment et ses jambes étaient molles comme à demi paralysées ; il ne pouvait plus avancer ni reculer, il lui fallut un grand effort pour parvenir tout en sueur à l'autre bout de la place. Dès ce premier incident, il prit

en grippe la place de la Concorde et décida qu'il ne s'y risquerait plus tout seul. Mais quelque temps après, la même sensation d'angoisse se reproduisit sur le pont des Invalides, puis dans une rue qui était cependant étroite, mais qui semblait longue et qui descendait un peu fortement.

C'est à ce moment qu'il alla consulter Legrand du Saulle : celui-ci le présenta comme un type d'agoraphobie et le traita par les douches et le bromure à la dose de 4 et 5 grammes par jour. Il paraît que Legrand du Saulle avait pris une grande influence sur lui, qu'il le malmenait et le secouait fortement. Le malade était toujours beaucoup mieux pendant une dizaine de jours après sa visite à l'hôpital.

Cependant la maladie ne s'est pas guérie, elle a continué à se développer lentement. L'angoisse qu'il éprouve, quand il lui faut s'aventurer seul sur une place un peu étendue, est telle qu'il est devenu incapable de la surmonter et qu'il ne parvient plus à traverser la place. Il y a une dizaine d'années on l'avait chargé de reconduire chez elle une jeune fille. Tant qu'il fut avec elle, tout alla bien ; mais quand elle l'eut quitté, il ne sut plus comment rentrer. Au bout de cinq heures, voyant que la nuit s'avançait, que la pluie tombait et qu'il ne rentrait pas, sa femme inquiète partit à sa recherche ; elle le trouva tout blême et grelottant au bord de la place des Invalides qu'il avait été incapable de franchir.

Depuis cette expérience fâcheuse on ne le laisse plus sortir seul : c'est d'ailleurs tout ce qu'il désirait, aussi ses crises restent-elles avortées. Quand il approche d'une place, il se secoue, il respire péniblement, il a des tics et il répète cette phrase absurde : « Maman, ratan, bibi, bitaquo, je vais mourir. » Il faut que sa femme le tienne fortement par le bras, il se calme alors et traverse la place sans trop d'incidents. Il faut maintenant qu'elle l'accompagne partout, même quand il va aux cabinets. Quand elle parvient à l'encourager et surtout à le faire travailler un peu, il est beaucoup mieux ; la pauvre femme a trouvé elle-même le meilleur traitement.

Observation 86. — **Agoraphobie.** — *Retraite complète, angoisse morale, chute du niveau mental, sentiments d'étrangeté, d'automatisme, émotions et aboulie.*

Voici un cas très remarquable d'agoraphobie sous une forme

un peu spéciale; nous l'avons longuement étudié et nous désirons y insister devant vous, pour vous montrer un aspect particulier de l'angoisse extrêmement instructif.

Cette jeune femme de 33 ans, Dob..., fille d'une mère qui avait déjà l'obsession de la jalousie, est malade depuis son enfance et toujours de la même manière. Ce qu'elle a toujours eu, si on considère les choses superficiellement, c'est une terreur de la rue. Ce ne sont pas précisément les grandes places qui l'effrayent le plus, ce sont les rues fréquentées où il passe beaucoup de monde et qui sont loin d'une maison amie où elle puisse se réfugier, mais le résultat est cependant le même. Peu à peu elle en est venue à ne plus oser sortir, elle a dû renoncer à une carrière où elle réussissait, elle a dû s'isoler peu à peu de toutes ses relations. Même pendant les vacances à la campagne, quand sa famille sort pour se promener, elle n'ose pas l'accompagner et reste tristement à la maison. Elle en arrive à un morne désespoir : « Oui je suis lasse de lutter, et contre quoi, contre un je ne sais quoi, contre un rêve, contre quelque chose qui est plus terrible que la plus terrible des réalités... décidément je n'ai plus une parcelle de volonté ; ainsi qu'une épave battue par les flots ma misérable tête est ballottée par les idées morbides qu'elle enfante elle-même et qui l'affolent littéralement. »

Cherchons donc à comprendre ce qui se passe quand elle est ainsi dans la rue, ce qui depuis vingt ans a complètement perdu l'existence d'une personne d'ailleurs intelligente et bien douée. Quand elle est sortie, qu'elle se sent dans la rue, seule, exposée aux regards, il se passe quelque chose dans sa tête : « Un mal tout spécial, qui me dessèche le cerveau, comme si le vide s'y faisait, le mal est surtout en arrière. » Elle désigne le point Lambda, à la réunion de l'occipital et des pariétaux. Cette douleur ne serait rien si elle ne s'accompagnait d'autres phénomènes physiologiques et psychologiques. Les premiers nous sont bien connus et ils sont d'ailleurs peu importants, c'est l'étouffement, le gonflement de l'estomac, la sensation de coliques abdominales.

Ces faits n'occupent pas ici la place qu'ils ont chez d'autres agoraphobes : l'angoisse est ici très peu physique, elle est surtout morale. Il y a d'abord une modification de la perception. « Je perçois tout d'un coup les choses à travers un voile qui les change complètement; les choses me paraissent extraordinaires, étranges. » Ce sentiment d'étrangeté s'applique aussi à elle-même, le son de sa

propre voix lui donne une sensation étrange. « Ma voix prend tout à coup une sonorité étrange qui me fait mal. » Quand elle se regarde elle-même, ses mouvements lui paraissent extraordinaires ; sa figure, vue à travers une glace, lui paraît étrange. Enfin ses pensées, elles aussi, deviennent tout à fait extraordinaires : la malade sent comme si elle était dédoublée, comme si ses pensées se répétaient deux ou plusieurs fois dans la tête, elle a le sentiment de ne plus comprendre à la façon ordinaire. C'est en vain qu'elle se répète mot à mot les raisonnements logiques qui la rassuraient tout à l'heure, ils ont perdu leur sens, elle ne les comprend plus. Le souvenir des choses passées est très diminué, tout ce qu'elle avait résolu est évanoui de sa pensée et ce qui est plus important, elle n'arrive pas à fixer de nouveaux souvenirs. « J'ai essayé, comme vous me l'aviez demandé, de faire bien attention à ce qui se passait pendant cette crise pour vous le décrire, je ne puis pas : les impressions s'effacent à mesure et quand c'est fini, je n'ai qu'un souvenir très vague d'une chose très pénible. » Un sentiment dominant est celui de l'automatisme : « Il me semble qu'une force irrésistible me pousse, agit à ma place ; j'assiste à ce qu'elle fait en me demandant quelle bêtise elle va faire, il me semble qu'elle va faire des choses horribles et que je n'y pourrai rien. »

Ces divers sentiments d'étrangeté extérieure et intérieure, de dédoublement, de perte du moi, d'automatisme, se réunissent, se concrètent dans une idée générale, qui en est en somme la synthèse assez grossièrement formée. Cette idée, c'est qu'elle est un être drôle, à part des autres, que personne n'est comme cela, qu'elle va faire des choses étranges, dangereuses pour elle-même ou pour les autres, qu'elle va se jeter de l'escalier ou embrasser les messieurs qu'elle rencontre, causer du scandale, des attroupements, qu'elle va en un mot se conduire comme une folle. « J'en arrive et c'est bien naturel à l'idée de la folie ; perdre la tête est toujours pour moi dans ces moments une épée de Damoclès. » Il en résulte qu'elle emploie le peu de forces qui lui reste à se préserver de ces folies possibles ; elle court précipitamment jusque chez elle, ou bien elle se réfugie dans la première boutique venue en disant qu'elle est malade.

Sans cesse même quand elle n'a pas l'accès, elle prend des précautions contre ses excentricités possibles. Voici à ce propos un récit curieux : « Il y a quelques années, raconte-t-

elle, j'ai dû assister au mariage d'une de mes sœurs, j'étais en proie à une crainte atroce, qu'il ne se produisit un accès durant le trajet de la maison à la mairie et à l'église. J'étendis un mouchoir sur ma joue, me plaignant sans cesse à mon compagnon de fulgurants maux de dents que je n'éprouvais pas ; je me défiais de moi, et prévoyais le cas où, n'y tenant plus, je quitterais précipitamment le cortège. » Ce qui domine en somme dans cette crise d'agoraphobie, c'est donc beaucoup moins l'angoisse physique qu'une angoisse morale consistant moins dans l'idée que dans un sentiment de folie.

Il s'agit donc, direz-vous, d'une obsession de folie? Oui, si vous voulez, mais à la condition que vous ne considériez pas l'idée de folie comme l'idée primitive et essentielle. Il ne s'agit pas là d'une malade qui, ayant vu un fou, serait obsédée par cette image comme pourrait faire une hystérique. L'idée n'est ici qu'une interprétation secondaire, c'est une façon pour la malade de résumer ce qu'elle éprouve et si l'idée de folie est obsédante, c'est parce que les troubles sont permanents. Ces troubles eux-mêmes sont avant tout certains sentiments d'étrangeté, de dépersonnalisation, d'automatisme que nous connaissons très bien pour les avoir vus longuement prolongés chez d'autres malades. Ils étaient, disions-nous, des sentiments d'incomplétude accompagnant la chute du niveau mental, l'abaissement de la tension nerveuse et psychologique.

Ce qu'il y a ici de particulier, c'est que ces sentiments surviennent par accès courts, dans des circonstances déterminées. Voyez comment la malade raconte ses tout premiers accès. « Vers l'âge de 8 ou 10 ans, on m'envoie faire une commission dans un magasin tout proche, je comptais n'y trouver que la marchande. En entrant j'y vois deux personnes causant ensemble. Subitement, brusquement, sans que rien fît pressentir la chose, je sens ma tête qui se trouble, comme par une sorte de vertige ; je sens que tout devient drôle, il me semble que je vais crier malgré moi, me jeter sur ces personnes, que je suis comme dans un rêve. Cela dure quelques secondes, puis cela s'est dissipé : voilà le vrai début. » Ce n'est que plus tard que vont venir les obsessions de folie qui ne sont évidemment chez elle que des interprétations. En entendant le récit de cette première crise, la description de cette chute rapide de la tension nerveuse, ne durant que quelques secondes vous n'avez pu vous empêcher de penser à l'épilepsie qui pré-

sente, nous vous l'avons montré, des phénomènes exactement semblables ; vous voyez comme le rapprochement que nous avons signalé continue à être juste. Il est vrai que plus tard, quand la crise se prolonge, la comparaison n'est plus aussi nette. Évidemment la psychasthénie n'est pas la même maladie que l'épilepsie, mais elle est certainement quelque chose d'assez voisin, au moins dans certains détails de son mécanisme psychologique.

Le problème intéressant consiste à comprendre exactement ce qui détermine cette crise. Il y a deux mécanismes qui nous paraissent s'entremêler ici. D'abord le mécanisme de la dérivation viscérale, dont nous avons souvent parlé dans l'angoisse vulgaire, physiologique. L'acte de sortir dans la rue est pour cette jeune fille un acte difficile : elle n'arrive pas à le réaliser, il y a alors le phénomène de la dérivation qui se fait sur le cœur, sur la poitrine, sur l'intestin. Mais, il y a en outre un phénomène moral tout spécial qui ne nous paraît pas identique au premier : c'est un trouble psychologique. L'émotion produit, comme nous l'avons vu souvent, la désagrégation mentale de l'hystérique, elle amène ici un abaissement considérable et brusque de la force cérébrale. C'est parce qu'il y a cet abaissement que l'aboulie est augmentée, que l'acte ne peut pas être exécuté et qu'il y a des dérivations.

Quant à l'émotion elle-même, elle est produite par ce fait que cette jeune fille a toujours été une aboulique et une timide, inquiète de tout, se figurant toujours qu'elle s'est mal expliquée, ayant dès l'enfance une grande peine à faire une action dès que quelqu'un la regardait. Peu à peu son attention s'est dirigée vers ces phénomènes de timidité, elle a rendu de plus en plus difficile les actions à faire en public ; il en est résulté qu'en présence d'une pareille action Dob... éprouve un choc, qu'elle se trouve en présence d'un problème énorme pour elle et l'émotion qui se produit alors augmente encore l'épuisement ordinaire.

En un mot voici comment nous sommes disposés à comprendre ces crises très mystérieuses ; il s'agit d'une personne qui a, d'une manière permanente, une certaine aboulie et un certain abaissement du niveau mental. L'émotion, et surtout une certaine émotion, augmente momentanément, d'une manière énorme, ces deux phénomènes et lui font éprouver à un très haut degré le sentiment de cet abaissement. De là résultent des idées de folie qui sont tout à fait secondaires.

L'état physiologique sur lequel se greffent de pareils troubles est

toujours le même, nous notons l'atonie de l'estomac et de l'intestin, la fatigue générale, etc. Nous n'insistons que sur un détail : l'analyse de ses urines a été faite deux fois par la méthode de M. Joulie, voici les résultats obtenus :

	1re ANALYSE	2e ANALYSE	CHIFFRE NORMAL
	—	—	—
Densité à 15°.	1028,5	1026	1017
Acidité totale en SO^4H. . . .	0,455	0,478	0,849
Acide phosphorique en PO^5.. .	2,134	2,548	2,083
Rapport à l'excédent de densité			
de l'acidité.	1,59	1,83	4,55
De l'acide phosphorique. . . .	7,48	9,77	11,17

Il en résulte que ses urines présentent une oligurie très prononcée avec grand excès de densité, une hypoacidité très accentuée avec hypophosphatie notable. Vous savez quelles difficultés on rencontre dans l'emploi de ces méthodes et dans l'interprétation de ces résultats considérés aujourd'hui comme discutables : aussi nous notons simplement ces chiffres comme documents sans insister. Pour appliquer la méthode de M. Joulie, il serait bon d'employer ici l'acide phosphorique. Malheureusement l'estomac de cette malade ne peut le supporter, ce médicament amène de tels troubles digestifs que nous avons été obligés d'y renoncer. Il en est de même pour le bromure qui est très mal supporté et ne produit pas de résultat notable. Le seul traitement qui ait jusqu'ici donné de bons résultats, c'est le traitement moral. Cette malade présente des oscillations de son niveau mental sous de très légères influences ; il suffit d'un rien pour l'abaisser, mais un encouragement, une émotion heureuse le remontent également. L'hypnotisme et la suggestion incomplète, comme ils sont toujours chez les psychasthéniques, lui ont donné plusieurs journées de liberté, lui ont permis de faire seule d'assez longues promenades. Il serait très ridicule, pouvons-nous lui dire, de se laisser aller au désespoir : la suggestion, l'éducation de la volonté pourront diminuer d'une façon considérable cette faiblesse qui a bouleversé l'existence de cette pauvre jeune fille.

Observation 87. — **Agoraphobie.** — *Sentiments d'incomplétude, aboulie, timidité, peur du mariage.*

Nous venons de voir un cas où l'agoraphobie se rattache à

l'aboulie et à la timidité, aussi pourrons-nous signaler rapidement un cas qui nous semble très semblable. Cette femme de 41 ans, Hnu..., est agoraphobe depuis l'âge de 23 ans. Elle a, depuis cette époque, une faiblesse en traversant les places : son estomac lui fait mal, elle étouffe. Mais ce qui l'affecte surtout, c'est qu'elle n'est plus maîtresse d'elle-même : il lui semble qu'elle va faire une foule de bêtises, car elle ne peut plus s'arrêter, « elle pourrait bien se conduire comme une folle qui va se jeter à la Seine ou qui y jette quelqu'un ». Comme la malade précédente elle a moins peur dans les rues écartées où il passe peu de monde, elle pourrait traverser les places la nuit sans difficulté.

C'est que ce qu'elle a craint toute sa vie c'est de faire des sottises devant des témoins. Elle était extrêmement timide et cherchait toujours à se cacher. Le début véritable de sa maladie, à 23 ans, se rattache à ce sentiment. On a voulu la marier en espérant que le mariage la rendrait plus énergique et plus hardie. Au contraire, elle a été épouvantée de cette pensée, « je me sentais plus honteuse que jamais à la pensée que l'on avait songé à me marier ». Elle fut si troublée que l'on dut renoncer au mariage : d'ordinaire les malades de ce genre se rétablissent quand on supprime l'acte difficile qu'ils sont incapables d'accomplir et nous avons déjà vu plusieurs psychasthéniques, affolées par les fiançailles et guéries quand on se décidait à les rompre. Ici, malheureusement, il n'en fut pas ainsi, elle resta encore plus honteuse du mariage manqué que des fiançailles et pendant quelque temps ne voulut plus se montrer à personne. Peu à peu elle devint moins effrayée avec quelques intimes, mais la gêne continua et augmenta devant les étrangers. Aujourd'hui elle ne pense plus aux fiançailles qui la rendaient si gênée ; mais la peur reste stéréotypée et l'empêche de s'aventurer en public, ce qui lui donne cet aspect d'agoraphobe.

Observation 88. — **Agoraphobie.** — *Angoisses dans la rue, besoin d'un soutien, antécédents, départ de ses enfants, isolement, crainte de la solitude.*

Vous avez l'habitude d'étudier des maladies en rapport avec certaines professions, la paralysie des peintres par exemple. Il en est à peu près de même au point de vue moral et il existe des

maladies toujours les mêmes en rapport avec certaines situations sociales. En voici un exemple caractéristique.

Cette dame, Lep..., âgée de 49 ans, se plaint au premier abord de troubles de la marche, elle marche mal, en hésitant, elle a peur de tomber ; elle insiste surtout sur le besoin qu'elle a d'avoir les yeux ouverts, de regarder ses pieds pendant qu'elle marche. Ces détails pourraient nous engager dans une voie inexacte. Elle ajoute qu'elle marche mieux dans les petites rues que dans les grandes, qu'elle est obligée de suivre les murailles, enfin, détail typique, qu'elle a besoin d'être accompagnée et que la simple présence d'un enfant auprès d'elle suffit pour rendre à sa marche toute son assurance. Maintenant, nous comprenons mieux le syndrome : c'est une agoraphobie, une de ces peurs angoissantes qui surviennent automatiquement, qui troublent la marche et d'autres fonctions.

Nous avons déjà vu souvent des agoraphobes, c'est l'étiologie de celle-ci qui nous paraît présenter quelque intérêt. Ordinairement il s'agit d'une peur causée par un événement terrifiant ou bien du souvenir d'un vertige consécutif à une maladie grave[1] ; notre dernier cas de cette maladie était de ce genre. Ici nous ne trouvons rien de semblable. Il s'agit d'une personne qui a toujours été nerveuse et impressionnable. Fille d'un père normal, mais d'une mère très névropathe, réglée à 12 ans, elle eut une jeunesse à peu près normale. Elle s'est mariée et a eu 6 enfants. Elle fut surtout nerveuse pendant les dernières grossesses et à leur suite; des ennuis vagues, une tristesse et des craintes chimériques à propos des enfants, une faiblesse considérable de volonté, en un mot toutes sortes de troubles psychasthéniques préparèrent les désordres mentaux.

Il y a un an : elle perdit son mari et elle resta seule avec un dernier fils ; les autres étant déjà placés loin d'elle. Enfin, il y a six mois, elle maria ce fils qu'elle aimait particulièrement. Après le mariage de cet enfant elle resta complètement seule et se mit à éprouver des sentiments bizarres.

Elle déteste sa belle-fille, l'a en horreur et constate qu'elle a pris un caractère insupportable. Elle n'est bien nulle part et voudrait sans cesse changer d'appartement. Elle étouffe, elle a des débuts de crises de nerfs ; tantôt elle meurt de faim, tantôt

1. *Névroses et idées fixes*, II, p. 85, 87.

elle ne peut rien manger. Son ventre est gonflé et sa gorge est serrée : tout cet état émotif que nous ne connaissons que trop se développe peu à peu. Le désespoir d'être seule, le rêve d'avoir quelqu'un près de soi ne fût-ce qu'un petit chien, la pensée perpétuelle que des actes deviennent faciles avec quelqu'un près de soi, et impossibles lorsqu'on est seule spécialisèrent progressivement cette angoisse diffuse et voici notre agoraphobie qui se constitue.

Remarquerons-nous que cette dame est à l'époque de la ménopause ? Cela est juste, mais ce n'est pas l'essentiel. La maladie est surtout un résultat de l'isolement chez une psychasthénique et l'agoraphobie est une expression du besoin de direction. La situation morale et sociale de cette personne ont joué le plus grand rôle et, si nous l'osions, nous appellerions sa maladie la maladie des veuves et des belles-mères.

Observation 89. — **Agoraphobie.** — *Boulimie, besoin de direction.*

Vous venez de voir un cas d'agoraphobie qui n'est qu'une forme de la maladie de l'isolement, en voici un autre du même genre qu'il suffit de rapprocher du précédent. Cette jeune femme de 22 ans, Lkb..., a toujours été une peureuse qui s'émotionnait de tout, elle a eu souvent des petits évanouissements à propos de légères émotions, mais elle était cependant assez raisonnable tant qu'elle habitait avec ses parents. Elle vient de se marier il y a un an et elle a quitté le pays de sa famille pour venir habiter à Paris avec son mari. Elle trouve, à tort ou à raison, que son mari est sombre, qu'il ne lui parle pas assez, qu'il ne s'occupe pas assez d'elle, « il vaudrait mieux, dit-elle ingénument, qu'il se fasse craindre un peu plus, je me porterais moins mal ». On ne peut pas mieux dire.

Aussi à Paris elle s'est sentie isolée sans direction, tandis qu'elle avait l'habitude d'être constamment dirigée par ses parents. Ce qui est curieux, c'est la forme qu'a pris ce besoin de direction et ce sentiment d'isolement. Dans sa maison, elle ne craint rien et reste très calme ; mais, en dehors, une fois sortie, elle se sent perdue. Le sentiment d'isolement ne se manifeste fortement que dans la rue et il est d'autant plus fort que la place est plus grande. Un grand emplacement lui donne l'image en quelque sorte matérielle de

l'isolement : les psychasthéniques aiment beaucoup les symboles, quelques-uns d'entre eux ont une véritable manie de tout symboliser et beaucoup de leurs obsessions ne sont que des symboles. Dans ce cas, comme dans le précédent, l'agoraphobie se développe à la manière d'une manie du symbole et le fond de la maladie est une souffrance causée par le manque de direction.

Il est probable que cette maladie développée de cette manière pourra se guérir facilement. Que le mari essaie de diriger un peu plus l'esprit de sa femme, de se faire craindre un peu comme elle le désire, qu'il lui donne l'impression que, même quand elle est seule, elle est sous la direction morale de quelqu'un, que ses actions, ses marches dans la rue sont réglées d'avance par quelqu'un et il est probable que ces angoisses dans la rue disparaîtront.

Nous vous signalons chez la même malade un autre trouble curieux, c'est la boulimie. Elle prétend avoir continuellement une faim dévorante et elle absorbe de gros morceaux de pain à chaque moment « pour se donner du courage ». Il nous semble que cette sensation de faim est en rapport étroit avec le sentiment de la faiblesse, avec le sentiment d'incomplétude. Quand la malade est bien calme chez elle, qu'on la laisse rêver sans lui demander aucun effort, elle oublie cet appétit singulier et ne réclame rien en dehors des repas. Mais, nous avons vérifié le fait pendant son séjour à l'hôpital, il suffit de la tirer de son calme, de lui demander un travail, un effort et surtout un effort pour sortir : la malade prétend tout de suite qu'elle meurt de faim, qu'elle va se trouver mal si elle ne mange pas un gros morceau de pain. La boulimie est ici une expression singulière de l'aboulie et surtout du sentiment de faiblesse, d'insuffisance qui l'accompagne.

Observations 90, 91, 92. — **Agoraphobies à la suite d'accidents.**

Nous venons de voir deux formes assez différentes d'agoraphobies. Dans la première, l'état de dépression angoissante est en rapport avec la timidité et ce que les malades redoutent c'est le monde de la rue. Dans la seconde, le même phénomène est en rapport avec le besoin de direction et ce qui est redouté c'est l'isolement de la rue. Il nous semble qu'il existe une troisième forme de la même affection : l'agoraphobie résulte d'un accident

qui est arrivé dans la rue et ce que les malades craignent ce sont les dangers de la rue.

Cet homme de 34 ans, Gaq..., est cocher de son métier et il en résulte que son agoraphobie n'est pas banale : tant qu'il est sur son siège, il est parfaitement rassuré et conduit sa voiture partout où on le désire ; mais dès qu'il devient simple piéton, il perd cette belle assurance et il ne marche qu'en longeant les murs et en tremblant. Pour rien au monde il ne consentirait à quitter l'abri tutélaire du trottoir et à traverser la chaussée. Dès qu'il essaie d'approcher du bord du trottoir il titube, il est haletant et couvert de sueur, et il se hâte de reculer contre le mur. C'est donc l'agoraphobie typique avec angoisse viscérale.

Voici comment elle s'est développée : le père, grand alcoolique, est mort de delirium à Villejuif. Notre malade a toujours été aboulique, scrupuleux et impressionnable, il était facilement inquiet, ne pouvait fixer son attention sur le présent, mais rêvait toujours à ce qui pourrait arriver dans un avenir lointain. Il se laissait facilement aller à boire, ce qui n'est pas rare chez nos abouliques, car cela leur procure une excitation passagère. Peut-être après avoir bu un peu trop, il eut dans la rue, vers l'âge de 28 ans, un petit étourdissement : il sentit ses jambes flageolantes se dérober sous lui et il se laissa tomber assis par terre. Cet accident l'impressionna, et il se mit à surveiller ses jambes, et à ne plus avoir confiance en elles, surtout dans les passages difficiles sur la chaussée, où l'on risque d'être écrasé : son métier de cocher ne lui inspirait aucune confiance en ses confrères. Cependant il n'y avait pas encore d'angoisse proprement dite, d'agoraphobie, c'était seulement une marche devenue attentive au lieu d'être automatique.

Quelques mois après, il lui arriva une triste aventure : il était fiancé avec une jeune fille qu'il aimait beaucoup et celle-ci mourut huit jours avant le mariage. Ce second choc détermina la maladie ; vous remarquez qu'il a fallu deux émotions successives pour amener l'obsession, c'est là un fait très fréquent et il semble que dans des cas de ce genre les deux émotions n'ont pas le même rôle[1]. La seconde émotion, dans ce cas celle de la mort de la fiancée, semble avoir réalisé l'abaissement mental qui permettait la formation des angoisses. La première émotion, celle de la

1. Cf. premier volume de cet ouvrage, p. 594.

chute a donné la forme à la phobie, parce qu'elle avait déjà attiré l'attention sur la marche et par conséquent rendu difficile cette action particulière. Vous voyez donc que dans ce cas l'agoraphobie n'est qu'une forme de la peur banale d'un accident.

Il en est de même dans le cas de cette femme, Bew..., âgée de 29 ans, que nous rapprochons du malade précédent. Elle n'a comme antécédents héréditaires qu'une tante hystérique ; nous devons remarquer que dans sa jeunesse, elle était sujette à des absences qui nous font un peu penser à l'épilepsie et vous savez que nous insistons toujours sur ce rapprochement. A l'âge de 22 ans, étant mariée depuis six semaines, elle eut à soigner son mari dans des conditions très émouvantes : en traversant une chaussée, celui-ci s'était fait renverser par une voiture et avait eu le crâne ouvert, il resta sans connaissance pendant six semaines et sa femme le crut définitivement fou. La fatigue, causée par un traitement aussi prolongé qu'elle dut faire seule et sans aide, vint s'ajouter à l'émotion ; elle prit la terreur de la rue, parce que son attention avait été attirée sur un accident survenu dans la rue. Elle reconnaît que pendant longtemps elle pensait à l'accident de son mari, dès qu'elle cherchait à traverser une place. La marche en devenait donc plus compliquée et par là même de plus en plus difficile. Quand la fatigue amena l'aboulie, les phénomènes de dérivation et les angoisses commencèrent et ces phénomènes ont persisté avec une intensité variable depuis sept ans.

Il suffit d'un mot pour vous montrer que la maladie a la même forme chez cette femme de 30 ans, Lf... Son esprit semble avoir été affaibli surtout par une violente fièvre typhoïde à l'âge de 22 ans. C'est à partir de ce moment qu'elle eut, dit-elle, des émotions trop vives, des battements de cœur exagérés. Il y a un an, elle ramassa sur le trottoir sa sœur qui venait de tomber du haut d'une échelle et qui s'était cassé le bras. L'émotion qu'elle éprouva alors se reproduisit d'une manière systématique toutes les fois qu'elle sortait dans la rue : les angoisses survinrent et la voici qui refuse de sortir de sa maison.

Nous pourrions vous présenter ainsi un très grand nombre d'agoraphobes, et vous remarquez avec quelque étonnement en voyant cette succession de malades semblables que cette forme de phobie est extrêmement fréquente. A quoi donc tient cette fréquence, pourquoi y a-t-il beaucoup plus de malades qui craignent la rue que de malades qui craignent le tonnerre ou l'in-

cendie ? Si les phobies étaient uniquement en rapport avec les émotions qui jouent le rôle de suggestion, cette fréquence de l'agoraphobie ne s'expliquerait pas. En effet, chez les hystériques où les idées fixes viennent de cette manière vous ne remarquez pas la même prépondérance numérique des agoraphobes. Cette fréquence de l'agoraphobie chez les psychasthéniques se rattache, croyons-nous, à la nature même de la maladie. Le fait fondamental, c'est l'abaissement du niveau mental, la perte des fonctions du réel, la perte de l'action, de l'adaptation à la réalité. Eh bien où donc dans la vie l'action doit-elle se manifester le plus ? Où devons-nous le plus dépenser nos forces pour lutter contre les réalités physiques et contre les hommes réels ? Ce n'est pas dans notre propre maison, entourés des nôtres et de toutes les choses familières qui nous protègent, c'est au dehors, dans l'espace libre, dans la cité, dans la rue, c'est là que nous avons à agir avec les hommes. C'est là que nous sommes réellement seuls, c'est là que nous devons nous défendre contre une foule de dangers. Quand l'individu devient trop faible pour accomplir les actions difficiles, les plus proches de la réalité, il semble tout naturel qu'il perde d'abord les actions qui se font dans la rue ; c'est pourquoi il y a tant d'agoraphobie et c'est pourquoi vous trouverez une disposition à ce symptôme chez la plupart des psychasthéniques, même quand ils ont d'autres obsessions.

Observation 93. — **Claustrophobie.** — *Hypocondrie, crainte d'étouffer dans les tunnels.*

Cette jeune femme de 35 ans vient nous demander de lui donner un peu de courage avant qu'elle ne parte en voyage. Elle doit faire avec son mari un assez long trajet en chemin de fer et ce trajet va lui être extrêmement pénible. Ce n'est pas qu'elle craigne le voyage en lui-même, elle tolère assez bien le chemin de fer ; mais la voie passe par de nombreux tunnels dont deux ou trois sont très longs. Elle aura d'horribles souffrances sous ces tunnels, car elle sait d'avance les angoisses qui lui sont réservées. En effet, elle est prise de palpitations cardiaques, de suffocations, de sueurs, quand elle est renfermée dans quelque endroit fermé, dans les chambres closes et surtout dans les tunnels. Ce syndrome bien connu a été décrit sous le nom de claustrophobie,

peur des endroits fermés et on l'oppose d'ordinaire à l'agoraphobie ou peur des espaces découverts. Cette opposition ne nous paraît pas absolument juste : l'agoraphobie est un symptôme beaucoup plus général et plus fondamental. La claustrophobie est un symptôme plus accidentel qui se rapproche davantage des hypocondries.

Voici, en effet, comment il s'est formé dans ce cas : cette jeune femme toujours indécise et timide a eu, il y a trois ans, une broncho-pneumonie grave, elle a craint de mourir par troubles respiratoires et par suffocation. Depuis ce moment, la respiration est restée pour elle une grosse affaire, tout ce qui fait penser à la respiration et surtout aux gênes de la respiration réveille une idée de la maladie, fait naître dans l'esprit un grand nombre d'images terrifiantes qu'elle a peine à dominer : « Il me faudrait, dit-elle naïvement, l'énergie suffisante pour réfléchir, pour comparer, pour reconnaître que dans la situation actuelle je n'étouffe pas comme dans la maladie. J'ai trop de peine à faire attention à cela ; quand j'essaie d'y réfléchir je m'embrouille, je m'émotionne et cela me fait suffoquer, justement ce que je craignais. » Cette jeune femme ne nous paraît pas atteinte très profondément ; il suffit de peu pour la remonter, elle sait elle-même qu'une assurance formelle de médecins suffira pour empêcher son angoisse pendant tout le voyage : nous la lui donnons bien volontiers.

Observation 94. — **Claustrophobie.** — *Angoisses et représentations imaginaires.*

Nous avons actuellement dans le service la mère et la fille, et nous pouvons voir les transformations de la maladie au cours des générations. La fille, que nous n'avons pas à étudier dans ce cours, est une grande hystérique très remarquable ; elle a une imagination surprenante et elle joue tous ses rêves sous la forme d'attaques somnambuliques. Ainsi, elle se représente qu'elle se tue en se mettant sous une locomotive : on la voit marcher quelques pas, se coucher par terre, les yeux grands ouverts, elle voit la locomotive avancer sur elle : « La voici, dit-elle, elle est bien loin, elle approche..., etc... » Puis elle pousse un cri terrible et reste immobile, comme si elle était écrasée. Après avoir joué cette scène cinq ou six fois, avec des gesticulations, des discours, des

attitudes extrêmement pathétiques, la malade se réveille, se frotte les yeux toute surprise de se trouver par terre et ne sachant pas pourquoi elle se sent toute courbaturée. Ainsi conviction profonde, hallucinations complètes, actes en rapport avec les idées et après la scène, amnésie complète : tels sont en deux mots, les caractères de la crise de cette jeune fille. Eh bien, sa mère que nous voulons étudier aujourd'hui, a aussi des crises avec grandes représentations imaginaires que l'on peut comparer à celles de la jeune fille, mais les caractères psychologiques en sont tout à fait différents.

Cette femme de 45 ans, Nae..., est surtout atteinte de claustrophobie, elle étouffe dans tous les endroits fermés : elle a constamment dans l'esprit l'idée qu'elle doit pouvoir se sauver des endroits où elle est placée, elle ne comprend la lutte contre les dangers que de cette façon-là. Il lui faut toujours près d'elle une porte, un chemin ouvert par où elle puisse s'échapper s'il arrive quelque chose. Se trouve-t-elle renfermée, elle perd tous ses moyens de défense, elle sent qu'elle n'a plus aucune résistance et elle s'affole complètement. Elle a un profond sentiment de faiblesse, d'incapacité ; elle essaye en vain de se remonter et n'arrive qu'à de grandes angoisses. Dans ces angoisses, la dérivation ne se fait pas seulement sur les viscères, elle se fait aussi sur les muscles des membres, et il y a une grande agitation motrice. Comme la malade ne se sent plus aucune volonté, elle ne croit plus pouvoir diriger ses mouvements et s'attend à faire toutes sortes de folie ; nous avons déjà vu le fait chez une agoraphobe. Par exemple est-elle dans un wagon de chemin de fer, non seulement elle a des troubles respiratoires, mais elle agite de tous côtés ses bras et ses jambes, et elle se figure qu'elle va ouvrir la portière et se jeter sur la voie ; il faut qu'on la tienne pour la rassurer. Remarquez déjà la différence de cette attitude avec les phénomènes observés pendant la crise de sa fille. Nae... n'exécute rien du tout et ne joue même pas la comédie de l'acte : elle a simplement l'idée qu'elle pourrait le faire, l'idée reste incomplète chez elle, parce qu'elle est restée mélangée avec toutes les autres pensées, l'idée est complète dans le somnambulisme hystérique, parce qu'elle est isolée.

Mais il faut encore noter chez Nae... une dérivation curieuse qui a lieu pendant cette angoisse : c'est la dérivation mentale, l'excitation de l'imagination. Cette femme, lorsqu'elle est ainsi

troublée, imagine une foule de choses et se représente toutes sortes de tableaux. Est-elle enfermée dans une chambre, cela suffit pour lui donner sa crise ; alors elle se met à faire des descriptions étonnantes : « Il pleut, il neige au dehors, répète-t-elle (même quand ce n'est pas vrai), la neige tombe tellement fort qu'elle monte, il y en a dix pieds, voyez comme tout le monde essaye de l'enlever... on ne pourra jamais y parvenir... L'eau atteint déjà le premier étage, tous les locataires du premier sont noyés... Elle monte chez moi, vous allez voir que je vais être forcée de nager, et que va-t-il arriver quand je serai entre l'eau et le plafond... » et elle recommence ses cris d'horreur. N'y a-t-il pas là une excitation de l'imagination analogue à celle que nous avons observée tout à l'heure dans la crise de la fille. Mais la différence est profonde et bien curieuse : chez Nae... il n'y a ni conviction, ni hallucination. La malade sait fort bien que cette histoire n'est pas vraie, elle le reconnaît, elle dit elle-même : « Ouvrez donc la porte que je ne pense pas à ces bêtises... c'est idiot de ma part de m'effrayer moi-même avec ces romans. » Le phénomène se rapproche des ruminations mentales, il était intéressant à noter dans une crise de claustrophobie. En un mot, la représentation mentale au lieu de se développer complètement comme dans la crise d'hystérie et d'amener l'acte et l'hallucination reste incomplète ; elle se borne à former de l'agitation mentale. Il nous semble que l'examen de ces deux malades, la mère et la fille, est bien propre à mettre en évidence la différence de l'état mental psychasthénique et de l'état mental hystérique.

L'observation de cette malade atteinte de claustrophobie, Nae..., nous offre encore un phénomène remarquable à signaler quoique son interprétation soit aujourd'hui très difficile. Cette femme a été toute sa vie une psychasthénique grave présentant des tics, des ruminations mentales, des angoisses de forme variée. Sa fille peut nous affirmer qu'elle ne l'a jamais vue calme et sans ses terreurs. On pouvait toujours faire naître celles-ci de la façon la plus simple, rien qu'en fermant la porte de la chambre où elle se trouvait. Il n'en est que plus curieux de relever la modification singulière qui s'est opérée chez elle à la fin de sa vie.

Cette pauvre femme, toujours délicate, a été atteinte d'une pleurésie à la suite d'un refroidissement ; bientôt la tuberculose pulmonaire a été incontestable et a même pris une marche ra-

pide. L'amaigrissement s'est manifesté avec les sueurs nocturnes et surtout avec un petit état fébrile plus marqué le soir, mais à peu près continuel, et en six mois la mort est survenue. Eh bien pendant ces derniers six mois, depuis le moment où les symptômes de la phtisie et surtout la fièvre hectique ont été bien installés, il n'y a plus eu l'ombre d'un phénomène psychasthénique. Les aboulies, les doutes, les indécisions ont disparu ; mais surtout ce qui était remarquable, les fameuses angoisses de la claustrophobie ne se sont plus jamais reproduites. Cent fois, sa famille et surtout sa fille, qui avaient remarqué le fait avec étonnement, ont essayé en fermant complètement les portes et les fenêtres de voir si les anciennes terreurs pouvaient recommencer ; Nae... est toujours restée complètement calme. La pauvre femme se félicitait dans sa dernière maladie d'être au moins débarrassée d'un trouble mental qui avait fait le malheur de sa vie.

Nous trouvons que cette disparition de la claustrophobie pendant la période terminale d'une phtisie pulmonaire est un fait extrêmement intéressant : il est à rapprocher d'un certain nombre de faits semblables que l'un de nous a recueillis et discutés dans le premier volume de cet ouvrage[1]. Ainsi, c'est un fait d'observation fréquente que la psychasthénie disparaît pendant la grossesse : presque toujours ces doutes, ces angoisses s'atténuent et disparaissent vers le troisième ou le quatrième mois de la grossesse ; il est vrai que bien souvent aussi la maladie reprend son cours plutôt avec aggravation après l'accouchement. Mais ce qui est plus étrange ; c'est que l'on observe des suspensions semblables au cours de certaines maladies fébriles : chez trois malades au cours d'une broncho-pneumonie, au cours de la grippe, nous avons vu le caractère se modifier complètement et des accidents de phobie ou d'obsession qui étaient auparavant très fréquents disparaître. Il est vrai que, au contraire, la période de convalescence de ces maladies fébriles est très favorable à la recrudescence de la psychasthénie. Si nous ne nous trompons, ce n'est aucunement dans la période aiguë de la fièvre typhoïde que l'on trouve toutes les formes d'obsessions ; c'est après la maladie, quand la convalescence est avancée. Cette suppression de la psychasthénie par les états fébriles est à rapprocher aussi d'une observation qui a déjà été souvent faite pour une névrose

1. Cf. 1er volume, p. 525, 649.

voisine, pour l'épilepsie : beaucoup d'auteurs ont relevé ce fait c'est que les accès épileptiques étaient supprimés au cours des maladies fébriles : il y a là un fait du même genre.

Nous n'avons pas la prétention de rendre compte de ces faits curieux encore si mal connus, nous vous proposons simplement une interprétation provisoire. Il nous semble vraisemblable que les troubles psychasthéniques sont en rapport non avec une excitation de l'émotion, mais avec une dépression des fonctions du système nerveux central, dépression que nous avons appelé une diminution de la tension nerveuse et de la tension psychologique. N'est-il pas possible que certains états et même certains états d'autre part pathologiques, ne puissent déterminer momentanément une excitation du système nerveux, excitation qui, chez ces malades déprimés, sera favorable et les ramènera momentanément au niveau normal. Nous savons que chez bien des psychasthéniques, une excitation morale, les plaisirs, les changements, ou même les émotions et les dangers réels vont les rétablir, que chez d'autres l'excitation de l'ivresse causée par l'alcool, par l'éther ou par la morphine, va supprimer les hésitations, les ruminations ou les phobies. C'est pour s'exciter et non pour se rendre rouges que les éreutophobes désirent se griser. L'état de grossesse détermine une excitation bien connue de la nutrition qui se manifeste par la pigmentation de la peau, le développement du système pileux, l'accroissement des tumeurs, pourquoi ne déterminerait-il pas aussi une surexcitation du cerveau qui élèverait nos malades au niveau normal; il est bien probable que la fièvre produit un phénomène du même genre. Telles sont du moins les réflexions que nous vous proposons de contrôler et de discuter à propos de cette remarquable modification d'une claustrophobie grave pendant la période terminale d'une phtisie pulmonaire.

Observations 95, 96, 97. — **Éreutophobie.** — *Honte du corps, timidité, aboulie.*

Nous réunissons ces trois malades, car ils présentent tous trois le même syndrome, assez fréquent qui a été depuis quelques années l'objet de beaucoup d'études. MM. Pitres et Régis, dans une série de leçons remarquables, ont attiré l'attention sur l'*éreutophobie* ou la peur de rougir. Leur description est si complète que

nous n'insisterons pas sur le fait lui-même que vous trouverez très bien expliqué dans beaucoup de mémoires. Cette femme de 27 ans, Gvl..., qui a toujours été une nerveuse, a eu des tics à l'âge de 13 ans, des phobies de la mort à 23 ans, maintenant elle souffre depuis deux ou trois ans, d'une autre phobie. Elle a peur qu'il ne lui vienne de plaques rouges à la figure dès qu'elle essayera de se montrer en public. Nous ne voyons rien d'anormal sur son visage quand elle est devant nous ; mais c'est, dit-elle, parce que nous sommes des médecins ; comme beaucoup de phobiques elle est rassurée par la médecine. Dès qu'elle est devant d'autres personnes, elle a le visage qui rougit, et cette rougeur doit être bien particulière, puisqu'elle détermine dans tout son corps des tremblements, des suffocations, des impressions horribles. « Il y a quelques années, dit-elle, j'avais terriblement peur de la mort : eh bien, il me semble maintenant qu'il vaudrait mieux mourir tout de suite que de recommencer à rougir en public. »

Cette autre malade, cette jeune fille de 21 ans, Vl..., nous semble avoir une appréhension plus justifiée, car il est incontestable qu'elle a le nez rouge. Son nez présente cette rougeur à l'extrémité et des deux côtés de la racine que nous avons remarqué dès nos premières leçons chez les neurasthéniques, surtout quand ils ont de mauvaises digestions et qu'ils sont constipés. Mais ici, cette rougeur détermine de tout autres accidents ; cette jeune fille ne peut pas s'empêcher de la sentir comme une brûlure et d'y penser sans cesse. Cette pensée détermine une grande angoisse, si douloureuse qu'elle refuse absolument de s'y exposer davantage. Elle souffre déjà bien assez de la rougeur de son nez lorsqu'elle est seule ; cette rougeur augmente et détermine une angoisse bien plus horrible si elle est avec d'autres personnes, par conséquent, il vaut mieux ne plus jamais sortir, ne plus jamais s'exposer à être vue. En un mot, elle s'enferme dans sa chambre et se soumet à un isolement absolu.

Ce troisième malade, Toq..., âgé de 27 ans, n'est guère rouge, tout au plus a-t-il sur les joues une légère coloration que nous n'aurions pas remarqué s'il ne nous l'avait pas signalée. Cette rougeur augmente quand il est en public ; quand il doit passer un examen, elle s'accompagne d'angoisse et de troubles intellec-

tuels, elle lui fait perdre la mémoire et le fait refuser aux examens. Il voudrait pouvoir dissimuler cette rougeur, il a déjà mis de la poudre de riz, et comme le malade célèbre de Casper, il a envie de se peindre la figure en rouge. Cette rougeur artificielle et perpétuelle empêcherait de voir qu'il devient plus rouge quand il parle à quelqu'un. Il est disposé aussi, comme beaucoup de malades semblables, à user de l'alcool avant d'entrer chez quelqu'un « car il y aura ainsi, dit-il, une rougeur artificielle qui empêchera de voir la rougeur de la timidité. »

En un mot, nous voyons chez ces trois malades, deux phénomènes associés : 1° Une rougeur plus ou moins sérieuse de la face en rapport avec des troubles vaso-moteurs, et 2° le phénomène de l'angoisse que nous avons déjà étudiés chez beaucoup d'autres psychasthéniques. Quelle relation faut-il établir entre ces deux phénomènes ? La plupart des auteurs qui ont étudié l'éreutophobie, insistent sur le premier phénomène, celui de la rougeur ; ils le considèrent comme le plus important et comme la véritable cause du second. Il y a, disaient MM. Pitres et Régis, d'abord une éreutose simple quand la rougeur se produit sans aucune modification consciente, il y a ensuite une éreutose émotive quand la rougeur accompagne l'émotion, ainsi qu'il arrive chez les jeunes filles qui rougissent quand on les regarde, et enfin il y a l'éreutophobie quand la rougeur amène de l'angoisse, le dernier degré semble n'être que le développement des précédents.

Eh bien, nous ne sommes pas convaincus que l'éreutophobie soit le développement, l'exagération de l'éreutose simple : on peut avoir une peau qui rougit, avoir même de la rougeur émotive à un degré énorme et n'être en aucune manière un éreutophobe, nous ne croyons pas que ce soit le trouble vaso-moteur qui, en grandissant, amène la phobie. Inversement, on peut être éreutophobe avec une rougeur très minime : sur nos trois malades, il n'y en a qu'une qui soit vraiment rouge ; les deux autres n'ont pas grand'chose. Nous aurons l'occasion de vous parler d'une scrupuleuse bien plus gravement atteinte, qui a des angoisses horribles en pensant à sa figure rouge, qui, à cause de cette phobie, reste enfermée depuis six ans, et qui en réalité n'a jamais rougi. Son teint mat manque plutôt de coloration et pâlit lorsqu'elle est émue. Nous ne pouvons pas considérer la réaction vaso-motrice du visage comme la cause de l'angoisse. L'associa-

tion de ces deux phénomènes nous paraît presque accidentelle, de même que l'association de l'angoisse des claustrophobes avec un tunnel. La rougeur du visage est une occasion à propos de laquelle se développe une angoisse latente due à de toutes autres causes en général plus anciennes.

Vous pouvez le vérifier sur nos malades, la première est une ancienne phobique ; à 23 ans elle avait des idées hypocondriaques et des angoisses en pensant à la mort. Il y avait alors de l'angoisse sans aucune réaction vaso-motrice de la face. Pourquoi l'angoisse a-t-elle changé d'objet ? Est-ce parce que la figure s'est changée ? Point du tout, c'est parce que cette femme depuis deux ans s'est mise en tête de devenir actrice. Elle veut se montrer en public, ce qui n'est pas facile, et ce qui d'ailleurs lui réussit fort mal. Elle est en réalité aboulique et timide ; l'effort qu'elle fait détermine par un mécanisme connu les angoisses physiologiques. C'est tout à fait accidentellement qu'elle a remarqué cette rougeur, elle aurait tout aussi bien pu remarquer la gêne du mouvement des bras ou la faiblesse de son esprit. Mais cette rougeur du visage une fois remarquée, c'est avec elle que s'est associée l'angoisse due au défaut de capacité et à la timidité.

Notre jeune homme est encore plus typique, c'est un ancien scrupuleux ; depuis l'âge de 13 ans, jusqu'à l'âge de 20 ans, il a eu une obsession et une phobie toute différente. C'était l'obsession de sa moustache ; elle avait poussé de bonne heure et cela lui paraissait ennuyeux et coupable, bien entendu parce qu'une idée de faute sexuelle se rattachait dans son esprit à cette apparition précoce des moustaches. En un mot, c'était un garçon fatigué par la puberté qui était devenu aboulique et inquiet. Le sentiment d'incomplétude qu'il ressentait en raison de son abaissement mental se rattachait tant bien que mal à un détail quelconque qui semblait le justifier. Vous voyez bien que chez lui la phobie et même une phobie analogue, due également à la timidité, a existé huit ans avant qu'il ne pensât à la rougeur. Est-ce que sa rougeur n'existait pas ? Si ce garçon rougit à 27 ans, il est bien probable qu'il rougissait à 16 ans ; mais à ce moment l'angoisse n'était pas associée à la rougeur parce qu'elle était associée à autre chose. Vers l'âge de 20 ans, l'obsession des moustaches diminua. Pourquoi ? Peut-être parce qu'il se portait un peu mieux, qu'il avait moins d'aboulie et moins d'angoisse ; mais surtout parce qu'à l'âge de 20 ans, les moustaches devenaient beaucoup plus naturelles et

ne pouvaient plus présenter à l'esprit une explication suffisante de l'inquiétude. Cependant quelques années après, sous l'influence des fatigues causées par les examens, la dépression mentale recommence. Elle ne peut plus s'associer avec les moustaches, il lui faut un autre symbole en quelque sorte, c'est alors que Toq... remarque la rougeur de sa figure et que les deux phénomènes se lient. L'habitude qu'ont souvent les éreutophobes de prendre de l'alcool pour éviter leur angoisse nous semble très mal interprétée, quand on répète les paroles du malade et quand on dit qu'il boit pour se faire rougir d'avance. S'il en était ainsi, pourquoi donc retrouverait-on la même habitude chez les agoraphobes et chez tous les phobiques qui ne pensent pas à se faire rougir. L'alcool est simplement un excitant nerveux qui remonte momentanément leur tension mentale, les rend moins abouliques, moins inquiets, les rapproche de l'action réelle et par conséquent diminue leurs angoisses, qu'ils rougissent, d'ailleurs, ou qu'ils ne rougissent pas.

La dernière jeune fille, Vl..., rentre un peu mieux dans la description de l'éreutophobie pure, car elle ne semble pas avoir commencé par d'autres phobies. Mais si l'on fait une analyse plus délicate de son état mental, on voit qu'elle a été depuis longtemps une timide bien avant qu'elle ne se préoccupât de sa rougeur. « J'ai eu, dit-elle, une enfance triste et isolée, quand j'étais avec d'autres fillettes, je ne pouvais pas me mettre au niveau de leur gaieté, je ne prenais pas de plaisir aux jeux où l'on voulait me mêler, et quand j'essayais, cela me donnait envie de pleurer. »

N'est-ce pas déjà de l'impuissance à s'adapter au moment présent et de la dérivation émotive. Il aurait suffi d'un hasard pour que cette émotivité se rattachât à la pensée, d'une difformité quelconque et qu'elle imaginât « avoir une tête de chat » comme une petite malade que nous verrons. Mais les troubles neurasthéniques ont fait rougir son nez et c'est accidentellement que l'angoisse s'est portée sur le nez et sur la rougeur. Sans doute, on soulagerait momentanément ces malades si on pouvait supprimer leur rougeur, mais nous ne sommes pas convaincus qu'on les guérirait, même en les peignant en blanc : leur angoisse se porterait sur autre chose et voilà tout.

D'autres malades, atteints de cette forme de psychasthénie que Morselli appelait la *dysmorphophobie,* ont de l'angoisse à propos d'une petite difformité du visage. Nous avons soigné une jeune

femme bouleversée et malade d'angoisses, parce qu'elle avait une petite cicatrice au bout du nez, résultat d'un petit abcès. Faudra-t-il expliquer l'évolution de cette phobie en disant : premier degré, simple bouton d'acné au bout du nez ; deuxième degré, bouton d'acné accompagnés de sentiments d'émotion désagréable ; troisième degré, phobie des boutons et des cicatrices ; ce serait évidemment puéril. En un mot, de ces deux phénomènes, la rougeur et l'angoisse ou la cicatrice et l'angoisse, nous ne considérons pas le premier comme le phénomène essentiel et causal. Nous ne le considérons que comme une occasion pour le développement ou mieux pour l'interprétation d'angoisses qui prennent leur origine en dehors dans des modifications beaucoup plus générales de l'état nerveux et de l'état psychologique. Ni au point de vue de l'interprétation, ni au point de vue du traitement, les éreutophobes ne nous paraissent différer des autres psychasthéniques.

CHAPITRE VI

LES TICS

Nous vous avons déjà bien souvent parlé des tics, mais c'est une question intéressante et dont beaucoup d'auteurs se préoccupent aujourd'hui. D'ailleurs notre étude générale sur les psychasthéniques nous conduit à ajouter quelques réflexions nouvelles aux études que nous vous avons déjà présentées sur les tics. Nous regrettons surtout d'avoir dans nos études précédentes un peu trop isolé le groupe des tiqueurs. En dehors des tics nettement hystériques qui ont des caractères bien propres et qui rentrent dans la vaste classe des accidents hystériques, les autres tics que l'on ne pouvait pas rattacher à l'hystérie formaient un groupe assez vague communément appelé maladie des tics, ce qui n'était pas compromettant. Nous avions déjà remarqué qu'ils méritaient le nom de tics psychasthéniques ; nous voudrions insister davantage sur cette question de classification générale et vous montrer que les tics ne constituent en réalité qu'une forme particulière, une phase si vous préférez, de cette grande maladie mentale, de cette psycho-névrose qui contient les angoisses, les phobies, les manies mentales, les obsessions.

C'est surtout à ce point de vue que nous nous placerons dans ces quelques études sur des tiqueurs.

Observation 98. — **Tics.** — *Manies mentales, phobies, hérédité.*

Ce jeune garçon de treize ans, Myl..., a des tics, cela est facile à voir; toutes les trois ou quatre minutes il secoue fortement sa tête de haut en bas très vite cinq ou six fois, comme s'il voulait dire « oui » très vite.

De temps en temps, il remplace ce mouvement par un autre : il

soulève les épaules, rentre le cou et frotte sa nuque contre le col de sa chemise. Ces petits mouvements sont à peu près perpétuels pendant la journée ; ils cessent complètement pendant le sommeil, ils cessent aussi quand le malade est très distrait, surtout quand il dîne, ce qui l'intéresse le plus. Ces mouvements sont systématiques, ils constituent un acte qui a sa signification, ce qui, suivant la très juste remarque de M. Brissaud, distingue les tics des spasmes. Ce garçon est le premier à nous dire la signification de ces petits mouvements. Il avait autrefois très souvent mal à la tête, « il y avait comme un grelot dans ma tête... », comme ce sentiment le gênait, il secouait sa tête, « pour voir, dit-il, si elle avait mal, si elle était toujours bien à sa place ». Quant au mouvement de rotation du cou, il avait simplement pour raison « le besoin de voir si mon col de chemise me gênait ».

Les muscles qui exécutent ces mouvements ne sont aucunement anesthésiés ; ni le mouvement lui-même, ni même l'idée qui le détermine ne sont inconscients : le malade sent très bien qu'il avait au début une envie très nette de savoir si sa tête était encore malade et le besoin de le vérifier en la secouant. Il ne s'agit donc pas d'hystérie, nous sommes en présence du tic vulgaire, du trouble que l'on range d'ordinaire dans la maladie des tics.

Est-il juste de faire de ces tics un symptôme isolé ? Cela nous semble difficile car le malade présente en même temps bien d'autres troubles. Il a la manie de faire des prières interminables et le soir on ne peut pas arriver à le faire coucher, car il reste indéfiniment à genoux : c'est qu'il veut sans cesse recommencer sa prière à cause d'un sentiment pénible qui le tourmente, celui de ne pas l'avoir achevée, de ne pas l'avoir faite complète, ni parfaite. Il a aussi la manie de répéter la plupart de ses actes trois fois : ainsi il embrasse sa mère trois fois, il dit « bonjour » trois fois, il se relève et se rasseoit trois fois, avant de rester sur sa chaise. Il a la manie de faire des petits signes de croix, en mangeant, en lisant, en écrivant, etc. Toutes ces manies qui sont bien connues sont la manie de la répétition, la manie du nombre, la manie de la conjuration, la manie du présage dont nous étudierons plus tard, sur des cas très nets, la pathogénie et le développement. Remarquez seulement que ces manies sont au suprême degré le signe caractéristique de l'état mental du scrupuleux, du psychasthénique obsédé.

Est-il vraisemblable qu'il y ait chez ce garçon simple juxtapo-

sition de la maladie des tics et du délire du scrupule ? Mais les tics eux-mêmes se rattachent très étroitement à des manies mentales. Cette façon de vérifier, par un petit geste physique, s'il a mal à la tête ou si son col est bien mis se rattache étroitement aux manies de vérification et de précision. Pourquoi donc après avoir vérifié une fois ne s'arrête-t-il pas, si ce n'est parce qu'il n'est jamais satisfait de sa vérification, parce qu'il doute toujours. Le tic a donc ici sa source dans la manie du doute, c'est une simple forme de la même maladie mentale.

Ajoutez que ce garçon est un aboulique, qu'il n'ose prendre aucune décision même pour la couleur d'un pantalon, que c'est un paresseux, un distrait, plein de bonnes intentions, mais qui ne fait rien. Ajoutez qu'il a fréquemment mal à l'estomac, mal à la tête, que c'est un neurasthénique. Enfin ajoutez que le grand-père s'est suicidé, que le père est un hypocondriaque, qu'une tante maternelle est épileptique et nous croyons que vous n'aurez pas de peine à admettre avec nous que ce cas de tics ne doit pas former une maladie à part mais se rattache aux psychasthéniques que vous connaissez.

Le traitement en dehors des mesures générales d'hygiène que nous appliquons à tous les psychasthéniques a consisté dans une rééducation de l'attention et de la volonté motrices. Dans des séances régulières, trois fois par semaine, nous le faisions rester immobile devant nous. Il devait se surveiller, arrêter le mouvement de sa tête pendant que nous comptions dix, vingt et bientôt cent. Il devait faire avec attention des mouvements du cou, les répéter régulièrement pendant un quart d'heure, etc. Ces exercices ont supprimé le tic du mouvement au bout de trois mois, mais les manies mentales subsistent et il est bien probable qu'elles vont faire naître d'autres tics ou donner naissance à d'autres phénomènes psychasthéniques.

Observation 99. — **Tics, agitation motrice.** — *Amour des animaux, phobies, manies mentales, algies, hérédité.*

Voici une fillette de 13 ans, Ho..., sur laquelle nous pouvons répéter les mêmes remarques que sur le malade précédent. Au premier abord c'est simplement une tiqueuse : quelques-uns de

ses tics sont vulgaires, elle met ses doigts dans son nez, elle ronge ses ongles jusqu'au sang; depuis quelque temps elle y ajoute un mouvement plus singulier, elle a une secousse latérale des hanches de manière que son ventre frotte contre sa robe, cette secousse se répète toutes les cinq minutes, elle alterne avec la morsure des ongles. La mère se désespère de ne pouvoir arrêter ces tics, mais la petite prétend qu'elle a besoin de les faire, elle sent « comme une peur, un sentiment qu'il lui arrivera malheur, si elle ne les fait pas, il lui semble, dit-elle, que c'est comme un devoir de les faire ». Vous reconnaissez ici le fameux sentiment d'obligation, d'irrésistibilité des scrupuleux qui ont des manies mentales. C'est, remarquons-le en passant, ce sentiment subjectif d'obligation des malades qui a conduit les aliénistes à appeler ces phénomènes *irrésistibles*. Ce tic rentre sinon dans les Zwangsvorstellungen de Westphall au moins dans les Zwangsprocessus de Meschede.

Aussi ne serez-vous pas étonnés de constater qu'il y a chez cette enfant bien d'autres troubles pathologiques de l'esprit. Elle a des amours passionnés pour certaines personnes qui doivent la diriger constamment ou même pour certains animaux qui lui servent de fétiches; elle pleure et se désespère, elle déclare qu'elle se sent poussée à mourir aussi quand on tue devant elle une mouche ou une araignée. Elle a par moments des refus d'aliments, par crainte d'engraisser, par crainte de grandir ; elle a la manie des mesures et des nombres et depuis six mois elle ne consentirait jamais à mettre un vêtement avant de savoir parfaitement sa longueur et sa largeur en centimètres et de les avoir vérifiées elle-même, etc.

Nous n'insistons que sur un trouble, sur son agitation motrice à l'école, c'est là un trouble fréquent chez ces enfants dont nous vous parlions dernièrement chez qui l'attention amène des mouvements incoordonnés. Elle est très intelligente, elle sait une foule de choses, elle a même une raison et un bon sens qui sont plutôt trop précoces; mais elle ne peut pas fixer son attention plus de quelques minutes de suite. Au bout de ces quelques minutes elle ne comprend plus, ne peut plus écouter et, si elle essaie d'insister, elle se contorsionne, grimace et pousse même de petits cris. La maîtresse d'école, qui n'est pas forcée de connaître les maladies mentales, la punissait et a fini par la renvoyer. Nous connaissons déjà ce fait et nous l'avions considéré comme une dérivation causée par l'impossibilité d'arriver à une tension nerveuse suffisante.

Eh bien, ce fait se rapproche singulièrement à notre avis des tics qui ne sont en somme qu'une forme systématique de cette même agitation motrice. Les tics se produisent dans les mêmes conditions ; tout le monde sait que les enfants se mettent toujours les doigts dans le nez, rongent leurs ongles, font leurs clignements d'yeux quand ils essayent de faire attention au delà de leurs forces : c'est pendant les leçons à l'école que tous ces tics se développent le plus. Cette fillette nous dira elle-même, comme le petit malade précédent, que les tics viennent quand elle veut faire un effort de volonté ou quand elle commence une émotion qui d'ailleurs ne se termine pas et se résoud en tics.

Il nous semble donc que le caractère irrésistible du tic tient en somme à l'aboulie du sujet qui ne peut pas pousser à bout une action importante qu'il voudrait faire. Quant à la forme particulière du tic qui remplace l'agitation incoordonnée, elle est la manifestation d'une tendance naturelle du sujet, besoin de vérifier, crainte des présages, etc., qui a été précisée par tel ou tel événement. Cette enfant en particulier s'est préoccupée de son ventre, ne cherchons pas trop loin pourquoi : c'est parce que les poils poussent au pubis et que la puberté se prépare. Ajoutez-y son besoin de vérifier, son inquiétude et l'agitation va se transformer en un petit mouvement du ventre.

Vous ne serez pas surpris d'apprendre que la grand'mère est enfermée dans un asile à cause de son délire de persécution, que la mère est une obsédée qui a des algies de la vessie et que nous aurons à étudier un de ces jours. La prédisposition héréditaire, la préparation de la puberté, en voilà assez pour produire l'abaissement de la tension nerveuse, l'aboulie, les dérivations dont ces tics sont la conséquence. Soignez la santé physique, donnez un peu de fer à cette enfant, tâchez de faciliter la puberté et évitez les fatigues de l'attention. Ne prolongez l'attention que graduellement, mais cherchez cependant à la développer par l'éducation. Telles sont les précautions nécessaires pour éviter l'évolution de cette prétendue maladie des tics qui est en réalité une forme de la grande maladie des obsessions.

Observation 100. — **Tics à la suite d'efforts d'attention.**

Deux mots seulement sur cette malade pour relever un petit

détail qui nous intéresse : cette dame de 26 ans, Brr..., nous dit qu'elle a des tics. Cependant vous ne vous en apercevez pas, et vous trouvez qu'elle se tient fort immobile : c'est qu'il faut à ses tics des conditions spéciales pour se développer. Elle est institutrice : pendant la première partie de sa leçon tout marche bien, elle parle facilement et elle n'a aucun tic ; mais elle commence alors à se sentir très fatiguée et à ne plus pouvoir faire attention, il lui faut beaucoup d'efforts pour continuer sa leçon. A ce moment, elle a, malgré elle, des clignements de l'œil et des secousses de l'épaule tout à fait interminables. Ces mouvements sont d'autant plus gênants qu'elle se sent devant des élèves, mais plus elle fait d'efforts pour se tenir immobile devant celles-ci, plus elle a des tics. N'est-ce pas la vérification de ce que nous vous disions : le tic se rapproche ici des phénomènes de la timidité. La dérivation au lieu de se faire sur les viscères comme dans l'angoisse des timides se fait sur les muscles en déterminant un mouvement systématisé par de vieilles habitudes. Nous disons timidité parce qu'il y a difficulté de l'acte causé par la présence des élèves. Il y a les tics des timides, comme il y a l'angoisse des timides.

Observation 101. — **Torticolis mental.** — *Tic de toux, secousses du bras droit, algies des doigts et de la jambe.*

Voici encore un cas de ce tic classique dont nous vous avons bien souvent présenté des exemples. Cette femme de 39 ans, Fous..., tient constamment sa tête tournée vers la gauche et un peu inclinée en avant comme si elle voulait reposer sur l'épaule gauche, celle-ci est d'ailleurs légèrement soulevée. Il n'y a pas ici de mouvement saccadé qui se répète c'est plutôt une attitude permanente (fig. 8).

L'examen du cou nous montre que le sterno-cléido-mastoïdien du côté droit est fortement tendu, le muscle est gonflé et il semble très gros, plus gros évidemment que le muscle du côté opposé. Cependant il ne s'agit pas d'une contracture de ce muscle, nous pouvons sans difficulté relever la tête et la tourner du côté opposé. Pendant que nous exécutons ce mouvement le sterno-cléido-mastoïdien se relâche. Aussitôt que nous abandonnons la tête, ce muscle se contracte de nouveau et la tête reprend sa position habituelle. Est-ce un spasme tout à fait involontaire? Une re-

marque de M. Brissaud qui peut encore s'appliquer ici nous montre que la malade peut en réalité arrêter le mouvement dès qu'elle le désire. Fous... a découvert elle-même qu'en cas de nécessité elle pouvait tenir la tête droite par un artifice : il lui suffit de la soutenir par le petit doigt appliqué sous le menton (fig. 9). Inutile d'insister pour montrer que cet attouchement léger du petit doigt ne pourrait arrêter un véritable spasme du sterno-cléido-mastoïdien. Si ce procédé réussit c'est qu'à ce moment la malade cesse de contracter le muscle : on constate en effet facilement que le muscle est à ce moment mou et relâché.



Fig. 8. — Attitude permanente déterminée par un torticolis mental.

L'attitude permanente de la tête sur le côté gauche est donc déterminée par un mouvement quasi-volontaire, c'est la malade qui tient elle-même sa tête sur l'épaule gauche et qui cesse de la tourner quand elle croit avoir un point d'appui suffisant. D'ailleurs Fous... se rend vaguement compte de cet effort pour tourner la tête ; de temps en temps surtout quand elle est distraite elle ne sent plus de quel côté sa tête penchait. Elle se trompe et l'incline à droite, puis elle se reprend et la tourne à gauche. « Mais ce mouvement, dit-elle, est absolument irrésistible, il faut qu'elle tourne ainsi sa tête et elle se croit tout à fait incapable de cesser. » Vous voyez que, par tous ses caractères, cette attitude de la tête

se rapproche des tics et mérite le nom sous lequel elle est bien connue de torticolis spasmodique intermittent; le tic véritable, cliniquement parlant, étant caractérisé par la brusquerie et l'irrégularité des secousses, leur apparition involontaire, etc.

Pour confirmer ce diagnostic, nous retrouvons dans la vie antérieure de la malade et aujourd'hui encore, bien des phénomènes psychasthéniques. Il faut noter dans la famille deux cas d'asthme et chez le père des impulsions irrésistibles à manger énormément, de véritables crises de boulimie. La malade, toujours nerveuse et



Fig. 9. — Procédé qui détermine l'arrêt du tic.

impressionnable, a eu des vomissements nerveux, puis des crises de toux interminables. Elle a encore des secousses et des raideurs dans le bras droit et dans la jambe droite. Ajoutons qu'elle a eu souvent des sensations et des douleurs obsédantes dans divers organes. Encore actuellement, elle se plaint de sentir « de l'eau qui coule entre cuir et chair » dans le côté droit de la face, d'avoir des engourdissements douloureux dans les doigts de la main droite. Nous ne notons, dans ces endroits, aucun trouble de la sensibilité mais une sorte d'anxiété de la malade aussitôt qu'on examine ces régions. Il y a là des phénomènes analogues aux algies des psychasthéniques.

Nous connaissons mal les circonstances qui ont déterminé la loca-

lisation du mouvement aux muscles du cou. La malade prétend que ce torticolis a commencé l'année dernière à la suite d'une dispute avec sa fille : c'est possible. Il semble qu'il y ait depuis longtemps une agitation motrice localisée au côté droit, agitation qui se manifeste encore par les tics et les raideurs du bras droit. Il se peut que cette agitation augmentée à la suite d'une querelle ait déterminé une raideur du cou sur laquelle s'est fixée l'attention de la malade.

De pareils torticolis sont curables, il faut bien le savoir, non par des opérations chirurgicales mais par une éducation méthodique du mouvement. Cet hiver encore nous avons pu débarrasser d'un torticolis semblable une femme de 50 ans chez qui la maladie durait depuis trois ans. Mais il est incontestable que ces traitements, toujours fort longs, demandent de la part du malade beaucoup de bonne volonté et de patience et de la part du médecin une attention, une dépense d'énergie, un effort prolongé pendant des mois qu'il est difficile de supposer quand on n'a pas essayé de diriger de semblables traitements.

Observation 102. — **Tics du pied.** — *Hypocondrie, émotion*[1].

Nous avons déjà, à plusieurs reprises, insisté sur la fréquence des tics par automatisme psychologique et nous avons cherché à montrer que de tels tics pouvaient affecter toutes les régions du corps et prendre les formes les plus diverses. « Le torticolis spasmodique, disions-nous[2], est bien connu et il est en général rattaché à sa véritable origine : c'est une mauvaise habitude développée chez des individus de volonté insuffisante à la suite de quelque petite impression ou de quelque émotion, habitude qui a donné de l'importance à un petit système d'images motrices ou, en d'autres termes, qui a excité un centre fonctionnel. Mais nous voudrions faire observer que ces remarques ne s'appliquent pas seulement à ce torticolis ; il y a une foule de grimaces, de spasmes, de troubles du mouvement d'apparence plus ou moins compliquée, siégeant sur tous les membres et qui se rattachent plus

1. Ces deux observations ont déjà été publiées par nous dans *la nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1900.
2. *Névroses et idées fixes*, II, 381.

ou moins directement à la même interprétation. » Les deux malades que nous voudrions rapprocher aujourd'hui de ceux de la catégorie précédente justifient de nouveau ces remarques; ils nous présentent, tous les deux, un spasme ou plutôt un tic qui semble bien être d'origine psychique et qui siège sur un organe assez rarement atteint par désaffections de ce genre, sur le pied.



Fig. 10. — Attitude du pied déterminée par un tic.

Cette dame, Db..., âgée de 37 ans, vient se plaindre de ne plus pouvoir marcher à cause d'une maladie de son pied gauche. En effet, ce pied, comme le montre la figure 10, se porte légèrement en dedans dans l'attitude du varus; en même temps le gros orteil se relève dans l'extension forcée, tandis que les trois orteils médians et surtout le petit doigt s'écartent fortement l'un de l'autre en se dirigeant vers le côté externe. Cette attitude permanente provoque, pendant la marche, d'horribles souffrances

depuis plusieurs années, car l'affection a débuté insidieusement, il y a sept ans, et s'est beaucoup aggravée depuis quatre ans. La malade, qui se désespère, a pris la résolution de suivre les conseils d'un chirurgien et de se faire couper les doigts du pied gauche. Elle espère pouvoir marcher beaucoup mieux après cette mutilation, et c'est en quelque sorte par acquit de conscience qu'elle vient nous demander notre avis avant de se faire opérer.

Au premier abord, cette attitude permanente, que nous observons pendant que la malade est debout, le pied posé à terre, éveille l'idée d'une contracture, d'autant mieux que nous rencontrons une vive résistance quand nous essayons de ramener les doigts à la position normale. Il est vrai que ce serait une contracture bien bizarre, analogue à certaines contractures systématiques, que l'on observe chez les hystériques et qui peuvent conserver indéfiniment des attitudes singulières.

Mais, il est inutile d'insister sur ce point car on remarque très vite qu'il ne s'agit pas d'une contracture. Quand la malade est couchée bien tranquille, qu'elle ne songe plus à marcher, tout disparaît, le pied redevient souple. Même quand la malade est debout et quand le pied porte à terre, on le sent revenir à l'attitude normale, si la malade n'essaie plus de marcher et si elle est fortement distraite par des interrogations sur un autre sujet. Il est vrai que cette position normale ne dure ainsi que peu de temps : Db... ne tarde pas à se préoccuper de nouveau de son pied, le regarde, et immédiatement, le pied dévie en dedans, le pouce se relève et les doigts s'écartent. En un mot, il s'agit d'une attitude qui n'est aucunement permanente, mais qui se reproduit par un mouvement complexe et brusque dès que la malade essaie de marcher ou mieux dès qu'elle pense à son pied. Db... remarque elle-même que la nuit tout va mieux; pendant une petite maladie, elle est restée couchée sans pouvoir se lever et ce jour-là son pied était guéri. Au contraire, l'humidité, le vent, qui la préoccupent pour son pied, augmentent le spasme et les souffrances. Ajoutons que l'on ne constate, ni au pied, ni sur la jambe, aucun trouble de la sensibilité tactile ou de la sensibilité musculaire. Le diagnostic de contracture hystérique doit donc être écarté; c'est bien plutôt ce qu'on appelle un tic, analogue, dans ses caractères, au torticolis spasmodique.

Dans quelles conditions ce tic bizarre s'est-il développé ? L'origine en est amusante et confirme notre diagnostic. Cette brave

dame, d'une famille assez normale, était assez bien portante, quoique nerveuse et colère. Elle eut, dès le début de son mariage, des accidents syphilitiques, il y a 17 ans. Une dizaine d'années plus tard, c'est-à-dire il y a sept ans, elle présenta des troubles oculaires que le médecin, probablement avec raison, rattacha à la syphilis antérieure. Il lui prescrivit des frictions mercurielles qu'elle devait faire suivant la méthode dite d'Aix-la-Chapelle, d'abord sur les jambes, puis sur les cuisses, puis sur le ventre, etc. A ce moment, la pauvre dame souffrait également d'un cor au petit doigt du pied gauche; elle se dit, avec une logique que nous ne pouvons pas blâmer, que la pommade mercurielle étant bonne pour son mollet devait être également bonne pour son cor au pied et elle appliqua ladite pommade sur le petit doigt. Le malheur voulut qu'en coupant ce cor douloureux, elle le fît saigner un peu. Elle fut aussitôt saisie d'une grande frayeur. Ne lui avait-on pas dit que cette pommade était dangereuse? qu'arriverait-il si, par hasard, un petit globule de mercure avait pénétré dans le petit doigt? Elle sentait déjà les contorsions déterminées par cet aspect mystérieux. Dès le lendemain, elle avait des crampes dans le pied; à force de s'observer, de s'interroger sur l'état du pied malade, elle l'a vu peu à peu se déformer jusqu'à rendre la marche impossible.

Peu intelligente, elle a été émotionnée par cette histoire de l'onguent mercuriel et a conservé, sans réagir, cette préoccupation et cette crainte. Il semble bien vraisemblable de rattacher, à cette préoccupation, les spasmes et les attitudes du pied qui, peu à peu, ont donné naissance à une habitude pathologique. D'ailleurs, le succès facile du traitement va confirmer cette interprétation.

Observation 103. — **Tic du pied.** — *Tics antérieurs, résultat du traitement.*

Rapprochons de cette première malade un jeune homme de 20 ans, Te..., qui présente également au pied un accident très comparable au précédent. Ce jeune homme marche également avec peine, car il ressent au bout de quelques minutes de marche une grande souffrance dans la jambe droite. Il est obligé de s'arrêter une dizaine de minutes. Il repart; mais au bout de quelques mi-

nutes, la même grande douleur le force de s'arrêter. Cette description éveille l'idée d'une claudication intermittente douloureuse par oblitération artérielle ; mais l'examen de la jambe malade nous amène à une autre supposition.

Cette jambe qui garde, même dans les grandes douleurs, la même coloration que la jambe saine, dont la température ne se modifie pas, dont les artères semblent normales est, en réalité, raidie par des spasmes qui siègent non seulement au mollet, mais encore à la cuisse. Après dix minutes de marche, la jambe est entièrement raide et l'on croit observer une contracture hystérique. Cette raideur disparaît complètement quand le malade est couché ou quand, étant debout, il ne pense ni à la marche ni à sa jambe. Dès qu'il regarde sa jambe droite ou dès qu'il essaie de marcher tous les orteils du pied droit se fléchissent fortement, se recroquevillent vers la plante du pied droit et cette flexion forcée des orteils persiste tant que Te... essaie de marcher (figures 11 et 12). C'est cette flexion forcée, au début peu gênante, qui devient au bout de peu de minutes insupportable et qui amène, à sa suite, la raideur de toute la jambe. Le malade sent très bien que la flexion des orteils se fait, dès le premier pas, qu'elle persiste et que c'est la douleur consécutive qui amène la raideur générale.

Ce n'est donc pas une claudication intermittente, c'est un spasme des orteils. Cette jambe ne présente aucun autre trouble du mouvement ; si le malade est étendu, la force du membre est conservée, les mouvements des orteils sont libres, les réflexes sont normaux. La sensibilité tactile et musculaire est intacte. Tout au plus peut-on observer que le malade sent quelquefois une impression de froid à ce pied quand il est resté longtemps dans une attitude de raideur. Enfin il est facile de constater que, sous diverses influences morales, ce spasme peut disparaître. Si on dirige le malade et si on lui commande avec fermeté chaque mouvement des jambes, il peut exécuter des pas gymnastiques sans spasmes : quand il monte sur une bicyclette le spasme ne se produit pas. Enfin, au grand étonnement du malade, nous lui faisons constater que, s'il marche pieds nus en cherchant à bien sentir le sol avec la plante des pieds, il peut poser le pied à plat indéfiniment. Ce sont bien là, comme dans le cas précédent, les caractères d'un tic qui cesse momentanément sous l'influence d'un effort d'attention et de volonté.

L'étiologie est moins nette que pour Db... Ce que le malade peut nous raconter, c'est qu'il a toujours eu des tics. En particulier, on a, sans succès, d'ailleurs, usé de tous les procédés connus pour l'empêcher de se manger les ongles : les gants, la poix, les amers n'ont eu aucun résultat pendant des années. Cette habitude de se ronger les ongles a disparu complètement au

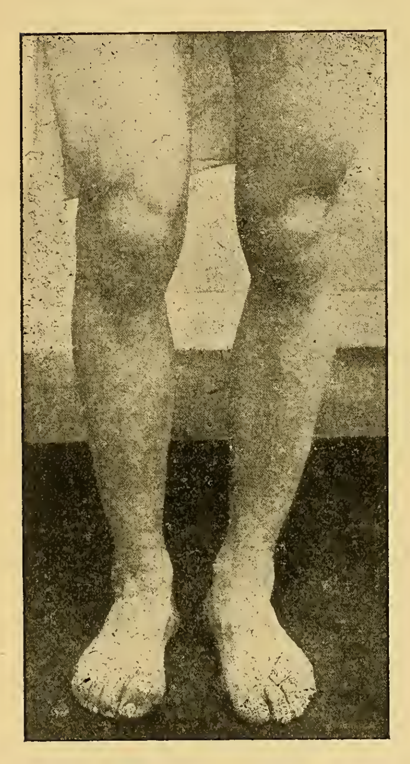


Fig. 11. — Tic du pied droit.

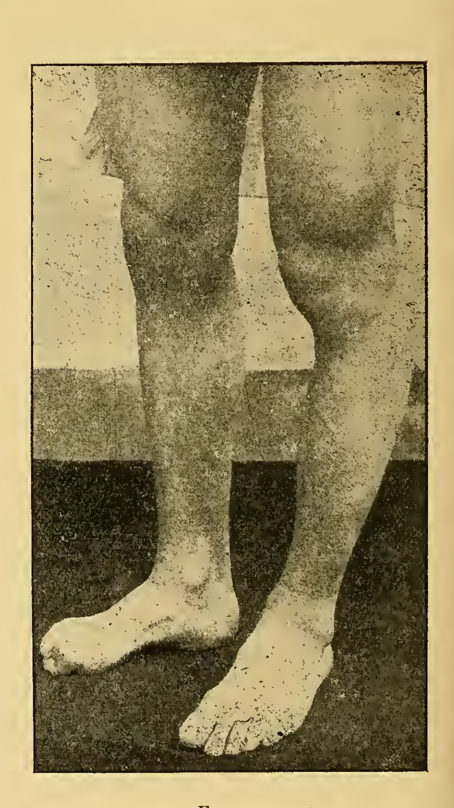


Fig. 12.

moment où s'est développé le trouble de la marche, il y a à peu près trois ans. Ce trouble aurait commencé, comme dit le malade, parce qu'il a beaucoup souffert en mettant un soulier trop court et trop étroit. Cette explication est vraisemblable : nous voyons comment l'attention a été attirée vers le pied, et comment cette habitude a supprimé l'autre tic, qui existait depuis l'enfance.

Le traitement a été à peu près le même chez les deux derniers

malades. Nous avons essayé de leur faire comprendre la nature de leur infirmité. Il n'a pas été facile d'enlever à Db... ses craintes sur l'action terrible du mercure et de la faire renoncer à l'opération. Quand les malades ont compris qu'il s'agissait d'une mauvaise habitude et d'un trouble de leur propre volonté, nous les avons soumis à une gymnastique portant, non pas précisément sur le mouvement de la jambe, mais sur l'attention à ce mouvement. Ils devaient chercher à sentir exactement le sol sur lequel leurs pieds appuyaient, à le presser volontairement avec les orteils, à apprécier tous les détails du mouvement. Ce traitement, que proposait déjà l'un de nous en 1889 dans ses études sur l'automatisme psychologique et qui depuis a été souvent décrit, dérive en somme toujours du traitement des paralysies hystériques par le mouvement attentif tel que le recommandait Charcot.

Nous n'insistons que sur quelques détails particuliers. La malade Db... guérit très vite, en quelques semaines, et d'une manière tout à fait complète. La suggestion avait sur elle une grande influence et l'éducation se faisait facilement.

Malheureusement, la guérison de sa jambe était à peine obtenue que Db... eut à souffrir d'un autre accident. A la suite d'une querelle violente avec sa concierge, elle conserva des sortes de crises bizarres. Presque tous les jours elle sentait une angoisse, un sentiment violent de colère et des impulsions à frapper et à mordre. Cet accident rentre dans les délires émotifs systématiques dont nous avons déjà parlé[1]. Il constitue encore une forme très spéciale de l'idée fixe : le système de phénomènes psychologiques et physiologiques qui se développe d'une manière exagérée est surtout d'ordre émotif. Nous n'avons pas à insister sur ce nouvel accident qui est en dehors de notre étude actuelle. Il montre seulement la nature du tic précédent qui semble bien avoir été un phénomène du même genre, chez une personne très suggestible.

Le jeune homme Te... fut beaucoup plus difficile à guérir. Il arrivait à marcher correctement s'il était chaussé de pantoufles à semelles fort minces, et s'il faisait une attention continuelle aux mouvements de son pied droit, mais le tic recommençait dès qu'il se relâchait de ses efforts. Nous avons dû l'aider par un petit traitement au moyen de l'électricité statique. Il est bien probable que l'électricité a eu surtout, dans ce cas, une influence sugges-

1. *Névroses et idées fixes*, II, ch. IV, p. 75.

tive. Le traitement complet a bien duré, chez lui, un peu plus de trois mois et il faut malheureusement constater que chez lui des rechutes sont fort à craindre.

Ces deux tics des pieds, par leur évolution et par leur traitement, confirme donc toutes les études qui nous montrent aujourd'hui le mécanisme psycho-physiologique de ces accidents.

Observation 104. — **Tic d'attitude simulant une déformation du rachis.**

Les tics peuvent souvent simuler les maladies graves et il est bon d'être averti. Cette enfant se tient tout de travers (fig. 13),



Fig. 13. — Déviation de la colonne vertébrale déterminée par un tic d'attitude.

elle relève sa hanche gauche et abaisse son épaule du même côté de manière à tordre complètement sa colonne vertébrale. On

voit celle-ci décrire un courbe considérable dont la concavité est à gauche. Nous l'avons rendue visible sur cette photographie en marquant la colonne vertébrale d'un trait noir. On a supposé chez cette petite malade les maladies les plus graves de la colonne vertébrale. Nous pouvons cependant faire bien vite une vérification facile, si on soulève l'enfant par les bras comme on le voit

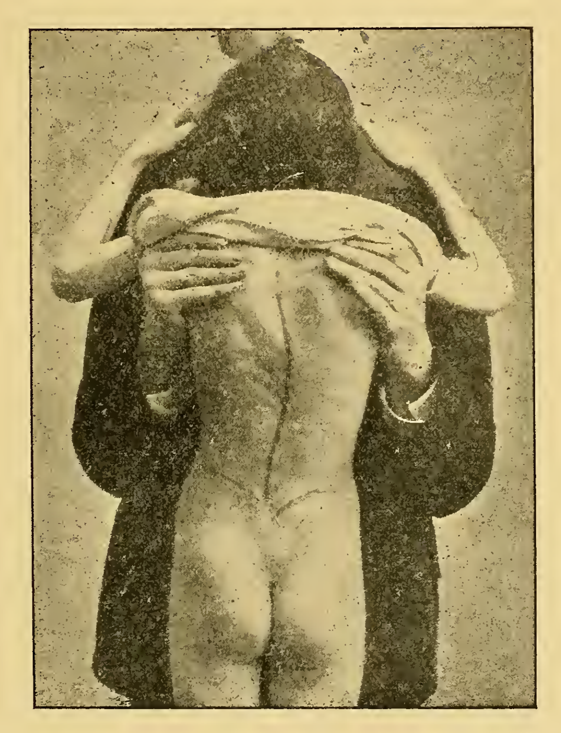


Fig. 14.

dans la figure 14, la colonne vertébrale se redresse complètement, il n'y a donc aucune lésion osseuse permanente. On peut également, surtout après cette démonstration, gronder l'enfant et la forcer de se tenir droite, ce qu'elle réussit parfaitement à faire.

Nous apprenons alors que la mère est très nerveuse et que l'enfant a déjà eu des tics : en particulier elle avait une secousse de l'épaule droite quand on voulait la faire écrire. Son attitude vicieuse actuelle s'est développée en portant des paquets lourds du côté gauche.

Ce tic guérira facilement par l'éducation, espérons qu'il ne présage pas des accidents plus complexes.

Observation 105. — **Tic d'arracher les cheveux.**

Voici une jeune fille que nous désirions vous présenter depuis longtemps; elle était venue pendant les vacances avec un aspect tout à fait remarquable, puis elle a guéri; une rechute nous offre l'occasion de vous la montrer. Quand elle est venue au mois de septembre, elle avait, sous son chapeau, une magnifique perruque blonde. Quand elle enlevait la perruque, elle avait une tête extraordinaire.

D'énormes plaques analogues à de la pelade s'étendaient sur le crâne, au sommet et sur les côtés; entre ces plaques pendaient quelques mèches de cheveux coupées aux ciseaux : c'était en apparence un cas remarquable de pelade. Aussi la malade avait-elle été conduite à Saint-Louis déjà depuis quatre ans. Elle avait été soumise à tous les traitements imaginables et elle se laissait mettre sur la tête avec résignation toutes les drogues possibles. Ce n'était que tout récemment qu'on avait fini par découvrir la véritable raison de cette pelade. Cette pauvre fille s'épilait elle-même avec une patience admirable; elle arrachait un à un tous ses cheveux et cela depuis l'âge de huit ans. Cette manie, ce tic s'était développé peu à peu par périodes; il avait d'abord été assez bénin pour ne pas laisser de traces apparentes, puis, dans ces quatre dernières années, il avait complètement dénudé la tête.

Une fois découverte, la malade avoua qu'elle savait fort bien et depuis longtemps l'origine véritable de cette chute des cheveux, mais qu'elle avait en vain essayé de résister à son tic. « C'est plus fort que moi, dit-elle, cette idée, ce besoin me tracassent tout le temps. Le mouvement se fait tout seul, dans mes bras et dans mes mains il y a quelque chose qui m'y entraîne d'une manière irrésistible. Si je résiste, j'ai des agacements et des étouffements insupportables, il faut que je cède au besoin... »

Si nous remontons à l'origine, nous voyons qu'il y a là une spécialisation progressive d'une série de tics. Elle a commencé vers l'âge de six ou sept ans à se tirer les oreilles, à se chatouiller l'oreille avec une mèche de cheveux, à s'éplucher les ongles, à tirer et déchirer des mouchoirs, à se tirer le nez. Tous ces tics

vagues se sont progressivement réduits en un seul devenu prédominant, celui de tirer les cheveux. Le fait essentiel, c'est le besoin de s'agiter d'une manière vague et inutile et de tirailler quelque chose.

Quant à ce besoin lui-même il nous ramène à une étude que nous avons faite à propos de cet homme qui ne pouvait pas rester assis (akathisie). Nous avons vu que ces agitations vagues sont des phénomènes de dérivation, ils se produisent à propos d'actions qui demandent de la volonté et de l'attention et que ces malades psychasthéniques sont incapables de pousser jusqu'au bout. La tension nerveuse qui ne peut pas se dépenser dans l'acte utile, devenu impossible, dérive et donne naissance à des phénomènes accessoires, en apparence irrésistibles, qui sont, chez les uns, des ruminations mentales, chez les autres des angoisses, chez ceux-ci des agitations motrices. Ces agitations peuvent garder une forme vague ou se systématiser par suite d'habitudes, d'exemples, de facilité plus ou moins grande ou d'agrément passager de certains mouvements. Chez les enfants, comme chez cette malade les tics commencent surtout à l'école, quand l'enfant doit fixer l'attention : c'est là qu'ils se tortillent, qu'ils grimacent, qu'ils se tirent les cheveux. C'est pourquoi ces tics sont pour nous plus qu'un simple phénomène d'automatisme, ils sont la marque d'une faiblesse générale des opérations supérieures du cerveau, de la volonté et de l'attention ; surtout quand ils sont parvenus à ce degré ils indiquent l'état psychasthénique avec toutes ses conséquences possibles : les phobies et les obsessions.

Cette jeune fille est une faible qui travaille difficilement, qui paraît anémique, qui est incapable de faire un effort. Remarquez chez elle cette dilatation pupillaire, fréquente dans les états graves de neurasthénie. Il ne suffit pas de l'éduquer contre son tic, il faudrait pouvoir remonter la tension nerveuse. Quand elle est venue en septembre, une seule visite à la Salpêtrière avait suffi pour l'exciter et le tic a disparu pendant plusieurs mois. C'est ce qui a permis à ses cheveux de repousser comme vous le voyez.

Maintenant l'influence excitante de cette première visite et des menaces qui lui avaient été faites a cessé et elle recommence. Espérons que cette leçon faite devant elle supprimera les sottises pour une longue période.

Observation 105 *bis*. — **Contraction des membres inférieurs.** — *Contractures ou tics, crises d'obsession et d'agitation psychasthénique.*

Cette femme, Pri..., âgée de 29 ans, qui est depuis quelque temps dans les salles, nous présente un problème de diagnostic assez embarrassant. Il s'agit de s'entendre sur la nature de certaines contractions qu'elle présente aux jambes depuis trois ans.

Si vous vous bornez à l'examen extérieur de l'accident physique voici comment les choses se présenteront : la malade appartenant à une famille assez fortement névropathique a toujours été très nerveuse. Tout enfant, elle avait la nuit des terreurs qui la réveillaient en sursaut, elle pleurait et riait sans raisons et s'emportait très facilement. A 11 ans, elle eut la fièvre typhoïde, elle ne fut réglée que tard à 17 ans. Elle resta très impressionnable et souffrit très souvent de la tête ; voici maintenant comment elle raconte le début de sa dernière maladie.

Au mois de décembre 1899, étant en traitement à Andral pour un rein flottant, qui avait déjà nécessité un séjour à Saint-Louis dans le service de M. Richelot, elle sentit tout d'un coup, en marchant, ses jambes faiblir sous elle et elle tomba sur le sol, mais sans perdre connaissance. On la releva, on la mit sur son lit et on constata une contracture des deux jambes en extension. Cette raideur ne se maintint que pendant cinq minutes, puis elle céda peu à peu. En présence de cet accident nerveux, on soumit la malade à un traitement par l'électricité statique qui ne sembla pas avoir de bons effets. En effet, à partir de ce moment, cette même petite crise de contracture des membres inférieurs recommença tous les jours et même plusieurs fois par jour : la malade a eu une fois jusqu'à quatorze crises dans la même journée. La maladie n'a pas changé depuis trois ans et ces crises se reproduisent encore aujourd'hui de la même manière qu'au début.

Elles sont précédées d'un sentiment d'angoisse très prononcé, d'une constriction au niveau de l'épigastre remontant jusqu'à la gorge et empêchant la malade de causer. Puis survient la contracture : les jambes se raidissent dans l'extension, les genoux se serrent l'un contre l'autre, les pieds se mettent en adduction for-

cée. En même temps la malade ressent des élancements très violent dans les jambes (fig. 15).

Tout cela dure cinq minutes environ, puis les jambes reprennent peu à peu leur position normale, mais les élancements persistent

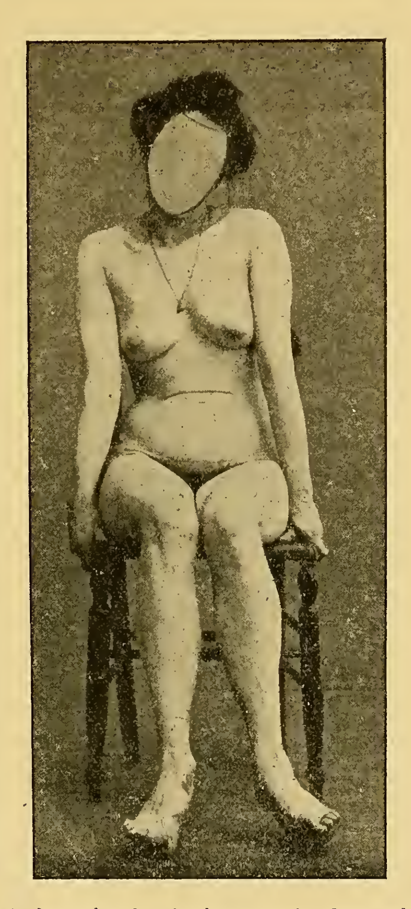


Fig. 15. — Attitude pendant la crise de contraction des membres inférieurs.

pendant assez longtemps après la crise dont la malade sort avec une lassitude intense et une profonde envie de dormir. Au début, les contractures étaient fugaces et intermittentes, et n'atteignaient que les muscles de la jambe : depuis cinq ou six mois, elles remontent jusqu'à la cuisse et sont beaucoup plus persistantes.

Parfois les crises sont nombreuses se suivent à cinq minutes d'intervalle : la malade en sort complètement anéantie. Les contractures surviennent quelle que soit la position de la malade. Au début, les crises survenaient dans la rue et elle était obligée pour ne pas tomber de se raccrocher aux réverbères. La moindre émotion, une simple appréhension, la crainte d'avoir une contracture suffit à lui donner un accès. Les cuisses sont rapprochées, la malade ne peut détacher les pieds du sol, elle avance à grand'peine en frottant les genoux l'un contre l'autre, les deux jambes sont comme collées l'une contre l'autre.

Cette description éveille nettement dans l'esprit la pensée d'accidents hystériques, de contractures uniquement limitées aux membres inférieurs et on a envie de s'engager dans le traitement d'un accident hystérique local : douches froides, massage des jambes, mobilisation, etc.

Cependant divers détails doivent déjà attirer votre attention : ce sont de singulières contractures hystériques, elles ne durent que très peu de temps, quatre à cinq minutes au maximum, c'est-à-dire le temps qu'un sujet normal peut tenir ses jambes raides sans trop de fatigue; dès que la fatigue survient le sujet détend ses jambes. Dans la contracture hystérique véritable au contraire, la fatigue n'est pas ressentie et la contraction d'une nature spéciale, il est vrai, se prolonge indéfiniment. Il faudrait alors parler de crises hystériques, mais vous n'avez là ni perte de conscience, ni troubles de mémoire, ni agitation générale qui d'ordinaire accompagnent les crises. Cependant il est théoriquement possible que ce soit une petite crise d'hystérie localisée aux jambes pour des raisons qu'il faudrait découvrir.

Mais avons-nous des raisons pour supposer cette crise d'hystérie bizarre ? L'examen le plus attentif ne révèle aucun stigmate d'hystérie : il n'y a aucune modification des diverses sensibilités, la sensation de la douleur est partout même aux jambes aussi normale que la sensation de toucher et la sensation de chaleur ; on ne constate aucune zone hystérogène, aucun point ovarien, mammaire ou rachidien. Les sens spéciaux ne présentent aucune modification, la vue n'est aucunement troublée et le champ visuel n'est pas rétréci.

Ces difficultés nous amènent à revenir sur l'examen du sujet et sur son histoire. Parmi les antécédents, il y a quelques détails que nous avons négligés jusqu'à présent. Depuis la jeunesse,

surtout depuis la puberté, cette personne a présenté une série d'accidents différents de celui-ci sans doute, mais intéressants. Elle a eu, pendant des années, des mouvements involontaires du cou qui étaient provoqués par un sentiment de gêne. Elle tournait son cou à droite et à gauche comme s'il était gêné par un col étroit, puis ce furent, pendant très longtemps, des mouvements analogues du tronc qui se sentait gêné par le corset; de tels mouvements avec de tels sentiments sont bien typiques, ce sont des tics. Les sentiments de gêne qui les accompagnent sont très fréquents chez les tiqueurs, ils rentrent dans ce groupe considérable des sentiments qui font croire au sujet que son action est incomplète, insuffisante, gênée, que ses sentiments ne vont pas jusqu'au bout, que son intelligence comprend incomplètement; nous les avons souvent baptisés d'un nom qui est un barbarisme mais qui fait image, *des sentiments d'incomplétude.*

Plus tard à l'époque tout justement où vont commencer, à l'hôpital Andral, ces singulières contractions des jambes qui nous embarrassent, la malade avait au plus haut point les sentiments d'incomplétude. Elle ne se sentait bien nulle part, elle voulait toujours changer de place et d'occupation, elle était constamment tourmentée et inquiète. Ces sentiments étaient singulièrement aggravés par un tourment sérieux, elle avait, comme elle dit, une affection et elle craignait d'être abandonnée par un ami qui était pour elle un soutien. Nous savons combien ces personnes faibles et inquiètes ont besoin de direction morale et sont affolées à la pensée d'être abandonnées. Chez celle-ci la crainte de l'isolement se compliquait de jalousie, ce qui est fréquent et de désir de vengeance. Elle avait beaucoup d'amour pour le personnage et il lui venait malgré elle des idées très tristes qui lui faisaient horreur, des tentations de le tuer. Ces regrets et ces tentations se présentaient d'une manière obsédante par crises horriblement pénibles, accompagnées d'angoisse et d'agitation.

Ajoutez les troubles de la santé physique, les troubles neurasthéniques, le rein flottant plus ou moins réel, la tristesse d'un séjour à l'hôpital où elle n'osait pas exprimer toutes les idées qui la tourmentaient et vous comprendrez que ces crises d'agitation mentale se soient beaucoup aggravées et se soient accompagnées d'agitation physique comme il arrive très souvent chez les obsédés.

Plusieurs fois déjà avant le jour où elle est tombée par terre,

elle se tordait dans son lit, elle se raidissait de toutes manières, de même qu'autrefois elle tordait le tronc avec le sentiment de la gêne du corset. Elle avait des idées de suicide, et d'homicide elle se sentait poussée par une volonté étrangère, elle faisait des efforts pour résister et ses efforts amenaient l'agitation de tout le corps. Un jour cette crise complète, morale et physique, la prit, quand elle était debout : elle ne put résister, tomba, ou plutôt se coucha par terre. Les assistants furent frappés des contractions de ses jambes, ils ne remarquèrent pas assez l'agitation générale du corps et ne soupçonnèrent pas du tout l'agitation mentale : il est vrai que la malade se garda d'avouer ses obsessions. On parla de contracture des jambes, on fit un traitement local par l'électricité et le massage. Ce traitement ne fut pas sans action : il réussit à distraire un peu la malade de son agitation générale, à attirer son attention et sa préoccupation sur ses pieds et à donner à la crise une forme plus systématique. La crise conserve encore quelques-uns des caractères généraux : obsession de jalousie, impulsions à tuer, angoisse, mais elle est surtout schématisée par la contraction des jambes, en un mot c'est une crise de tics, ce sont des tics tels qu'ils sont constitués, quand l'agitation générale est remplacée par une agitation systématique.

Vous voyez que cette analyse change le diagnostic : ce ne sont pas des contractures hystériques, mais *des tics psychasthéniques.* Au point de vue théorique ce changement de diagnostic a-t-il quelque intérêt ? Oui, car des contractures hystériques supposeraient un trouble assez local, une certaine forme d'anesthésie musculaire, un certain trouble des centres moteurs et des idées fixes étroitement en rapport avec les jambes. Au contraire, s'il s'agit d'un état psychasthénique, le trouble est beaucoup moins local, il s'agit plutôt d'une faiblesse générale de tout l'esprit avec des obsessions qui n'ont qu'un rapport très vague avec les jambes. Au point de vue thérapeutique cette distinction a aussi quelque intérêt : les douches froides, utiles pour réveiller l'engourdissement périphérique de l'hystérique, n'ont pas un aussi bon effet sur le psychasthénique qu'elles agitent ; le bromure qui n'agit guère dans le cas d'hystérie agit beaucoup mieux sur les obsédés agités ; enfin le traitement local indispensable dans l'hystérie où il faut rééduquer les mouvements est inutile et nuisible, dans ce cas, car il systématise le tic.

Observation 106. — **Spasme des masséters.** — *Difficulté d'alimentation, souffrance des dents, souffrance de l'estomac, émotions.*

Voici une singulière observation que nous rangeons parmi les tics quoique au premier abord les phénomènes semblent plus compliqués. Elle commence une série de troubles des psychasthéniques ayant rapport à l'alimentation : nous verrons de ces malades qui ne peuvent pas conserver d'aliments dans l'estomac, d'autres qui ne peuvent pas déglutir, celle-ci ne peut même pas ouvrir la bouche.

Cette femme de 54 ans, Boen..., vient se plaindre, en effet, d'un spasme des mâchoires qui s'est développé chez elle graduellement depuis quatre ans. Si nous examinons la bouche, nous voyons que les lèvres sont mobiles, ni paralysées, ni contracturées d'aucun côté ; mais les dents ou plutôt les fragments de dents qui restent sont violemment serrés les uns contre les autres et nous ne parvenons pas sans instruments spéciaux à écarter les mâchoires. La malade nous dit qu'elle n'y parvient pas non plus elle-même : soit qu'il s'agisse de parler, soit qu'il s'agisse de manger, en un mot, dès qu'elle essaye d'ouvrir la bouche volontairement, elle sent le serrement augmenter et elle croit que le spasme est continuel. Ce n'est pas tout à fait notre avis, le mari a déjà observé que le spasme se détend tout à fait pendant le sommeil. Nous croyons que nous pouvons vérifier ici même qu'il se détend même pendant la veille : rendez-vous bien compte de la forme des joues de cette femme pendant que les dents sont serrées et les masséters contractés, puis laissons-la tranquille sur sa chaise en nous occupant d'autres malades. Dans ces conditions, nous avons souvent remarqué qu'au moment où elle est distraite de sa bouche, la forme de la figure change et que le menton s'abaisse. En un mot, il est bien probable que les muscles se détendent, dès qu'elle ne pense plus à sa bouche. C'est au moment où elle veut l'ouvrir que l'attention rappelle le mouvement involontaire et que la bouche se ferme violemment : c'est donc bien un tic et un tic assez curieux.

Les conditions étiologiques sont multiples. Nous croyons qu'il faut mettre au premier rang la ménopause qui a troublé cette femme et lui a enlevé beaucoup de son énergie. Ensuite elle a eu,

il y a quatre ans, au moment du début de la maladie, une série de secousses émotives, elle a été volée, son mari a subi une opération grave, son fils s'est marié et l'a laissé seule. Tristesse, souffrance à la tête et à l'estomac, fourmillement dans le crâne, dégoût des aliments, tels ont été les préludes. Quant à la cause occasionnelle, qui a localisé la mauvaise habitude sur la bouche et a déterminé le tic, nous pensons qu'il faut faire jouer un rôle à son abominable dentition. Il ne doit pas être commode de mâcher avec des dents dans un état pareil, il y avait là une cause d'excitation permanente qui détermine bien souvent des tics de la face. Cette mauvaise dentition et les souffrances qu'elle déterminait ont dû localiser le tic et amener cette fermeture des mâchoires.

Ce tic est surtout dangereux au point de vue de l'alimentation, plus dangereux peut-être que le spasme de l'œsophage dont il est voisin. Cette femme ne peut prendre que quelques aliments liquides versés goutte à goutte entre les dents.

Nous avons heureusement produit une assez grande amélioration par un procédé assez simple. Nous avons dit à la malade que nous considérions le spasme comme permanent, mais qu'il nous fallait faire une opération pour le vaincre, puis nous avons simplement appliqué un ouvre-bouche à levier; cet instrument appliqué sur les vieilles dents cariées a produit d'atroces douleurs; si bien que peut-être par crainte de ces douleurs, la malade n'a plus osé serrer l'instrument, la bouche s'est ouverte assez facilement et depuis ce moment la malade peut la mouvoir et peut même l'ouvrir aux trois quarts, assez librement.

Observation 107. — **Tic de roter.** — *Boulimie, estomac dilaté, constipation, état mental psychasthénique.*

Nous vous avons beaucoup parlé, l'année dernière des hoquets et des rots que nous avons étudiés surtout sur des hystériques chez lesquelles le phénomène est plus régulier et plus simple. Mais comme tous les tics, ils peuvent se présenter chez les psychasthéniques, en perdant alors cette régularité que leur donnait l'anesthésie et la subconscience hystériques. Cette dame de 49 ans, Ad..., a toujours été tourmentée par des tics divers et par des manies mentales. Depuis quelques années, elle souffre beaucoup de l'estomac

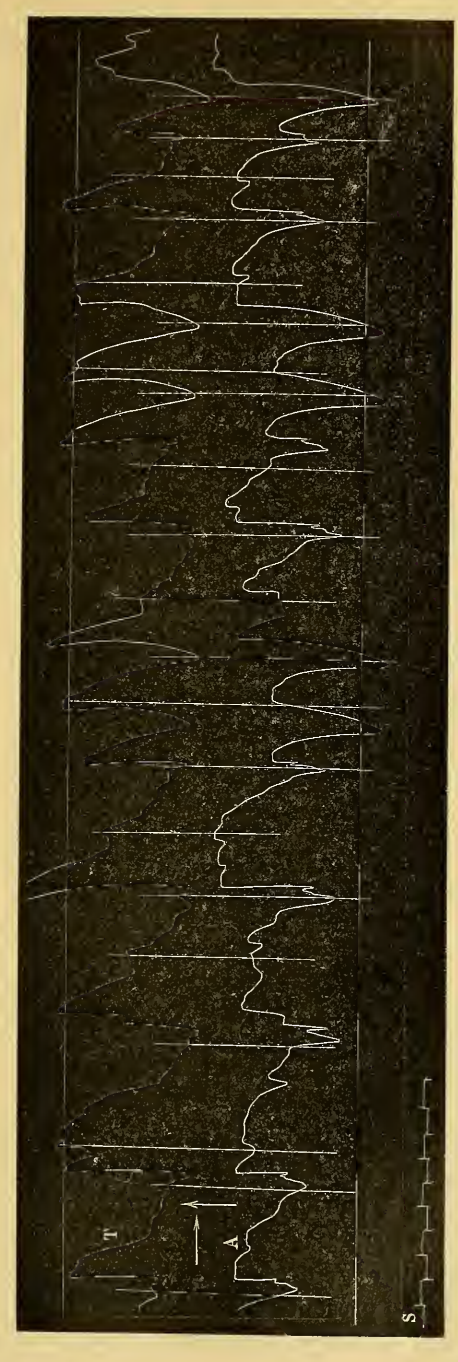


Fig. 16. — Respiration de Ad... avec hoquets et rots.

qui gonfle après les repas, reste clapotant et digère lentement d'une façon pénible. Comme il arrive souvent dans ces troubles de l'estomac neurasthénique, la malade est en même temps une grosse mangeuse et n'arrive jamais à rassasier sa faim. Nous croyons que cette boulimie est en rapport avec un sentiment de faiblesse, de même que souvent l'anorexie est en rapport avec un sentiment exagéré de force.

Après ces gros repas, cette femme souffrait beaucoup, se tordait le ventre, elle se crut soulagée par des rots et en a pris l'habitude. Vous voyez que maintenant, ainsi que vous le montre ces graphiques (figure 16), le rot survient continuellement à peu près toutes les deux ou trois respirations. Notez aussi l'invraisemblable irrégularité respiratoire; ces malades finissent par ne plus savoir respirer. Il n'y a pas ici d'hystérie manifeste, c'est un tic analogue à tous ceux qui ont déjà tourmenté cette malade, car elle a déjà bien eu des tics des mains, du cou, de la bouche : ils ont tous disparu depuis que domine ce tic de roter perpétuellement,

Vous revoyez cette malade presque complètement guérie. Nous tenons à vous faire remarquer le résultat d'un traitement bien simple : nous l'avons simplement mise au régime, nous avons supprimé cette grosse alimentation absurbe, qu'elle ne digérait pas du tout et qui accompagnée de constipation l'intoxiquait. La suppression du vin et de la viande, un régime assez réduit pendant quelque temps ont énormément soulagé l'estomac et dès lors l'excitation qui amenait le tic a beaucoup diminué. Une gymnastique simple de la respiration a fait le reste.

Observation 108. — **Vomissements incoercibles, crises des efforts de vomissements.** — *Phobie de la digestion, algie de la vessie, angoisses, agitation mentale, aboulie.*

Nous voudrions insister un peu sur cette observation qui est très instructive, car elle vous présente une série de faits plus fréquents qu'on ne le pense, qui embarrassent souvent les médecins et qui sont presque toujours mal diagnostiqués. Le malade, Qsa..., est un homme âgé de 57 ans, d'une famille évidemment névropathique, qui a présenté presque toute sa vie une série de troubles nerveux, mais qui est surtout tourmenté depuis une

dizaine d'années par un accident plus grave : il s'agit de troubles de la digestion et de vomissements d'une nature toute particulière.

L'appétit n'est pas troublé et quand il se met à table, Qsa.. mangerait volontiers tous les aliments en quantité, il lui semble même que l'absorption des aliments lui est agréable et soulage son état d'énervement. Comme il sait les conséquences que va amener la digestion, il se conduit très prudemment et mange extrêmement peu, un potage au lait, quelques fragments de biscuits, un tout petit morceau de viande. Cependant aussitôt qu'il a fini de manger les troubles commencent : l'estomac paraît se gonfler et surtout s'agiter, le malade croit qu'il y a des mouvements, des contorsions à la région épigastrique, il y a en même temps un malaise général, des souffrances dans tout le corps et surtout dans la tête. Au début ces souffrances s'atténuent par l'immobilité et le malade reste inerte sur un fauteuil et même s'endort quelque temps, il est bientôt réveillé par des souffrances plus aiguës dont il fait un tableau dramatique.

Le malade : « Il me semble que mon estomac est complètement inerte... je sens la masse alimentaire remuer comme dans un sac à chaque mouvement que je fais, si je me baisse pour ramasser un objet, les aliments reviennent jusqu'à la bouche, c'est un véritable supplice... Tout le temps que j'ai l'estomac plein, j'ai tous les membres brisés et je sens comme si mes yeux étaient retirés à l'intérieur du crâne..., je suis tout le temps occupé de mon estomac, je pense avec lui, c'est dans mon estomac qu'est toute ma vie... J'ai très bien constaté que cet état de malaise et d'agitation de l'estomac s'exaspère graduellement par une accumulation de cette souffrance sourde qui accompagne toutes mes actions, toutes mes pensées, toutes mes lectures et qui teinte tout de souffrance... C'est comme une sensation de trépidation constante de mon intérieur qui m'empêche de me fixer sur quoi que ce soit, qui me donne un tremblement général. Tous les mouvements que je fais se répercutent sur mon estomac, si je lève mon bras il me semble que les muscles tirent sur l'estomac et qu'ils y ont leur point d'attache... il m'est impossible d'expliquer un malaise aussi persistant qui devient peu à peu aussi terrible. Les autres douleurs, je les supporte, mais celle-là me défait le caractère, elle agit sur le moral, m'empêche de comprendre, elle complique toutes les choses qui me paraissent étranges

et incompréhensibles, je ne vois plus clair, je ne me sens plus être moi-même, je perds ma personne ou je perds la raison, comme vous voudrez... »

Si l'on songe que le remède à de telles souffrances est tout à fait facile et à la portée du malade, on comprend qu'il n'ait guère la vertu de résister. Il lui suffit de faire un tout petit effort ou plutôt de se laisser aller et un vomissement abondant le débarrasse aussitôt. Ces vomissements sont quelquefois curieux parce qu'ils sont extrêmement abondants, qu'ils remplissent de liquide une grande cuvette, tandis qu'en réalité Qsa..., quelques heures auparavant, avait absorbé extrêmement peu de chose. Il y a là probablement une exagération de la sécrétion gastrique, un phénomène d'hydrorrhée analogue à l'hydrorrhée nasale, vaginale, ou intestinale dont nous vous avons souvent parlé.

Le fait essentiel ici c'est ce vomissement que le malade croit inévitable après n'importe quel petit repas et qui finit par rendre toute nutrition absolument impossible : l'amaigrissement extrême, la faiblesse croissante et l'exagération de tous les troubles nerveux en sont la conséquence inévitable.

D'ordinaire, il n'y a qu'un ou deux vomissements qui vident complètement l'estomac et soulagent le malade. Qsa... reprend entièrement et tout de suite son activité et son intelligence : il trouve tout naturel de vomir dès qu'il a quelque chose à faire pour se procurer la liberté d'esprit. Mais de temps en temps les choses se compliquent : quand on a exigé du malade qu'il résiste à ce besoin de vomir, qu'il recule le vomissement, il en éprouve de plus en plus le besoin, mais il prétend ne plus pouvoir réussir le vomissement qui le soulagerait. Il vomit plusieurs fois et rend en réalité tout ce qu'il a dans l'estomac, mais les souffrances ne sont pas arrêtées, les terribles douleurs de tête augmentent toujours. Il ne peut plus se tenir debout ; il faut le porter dans son lit et là, pendant des heures, pendant la nuit entière, il se contorsionne et il crie, il fait continuellement des efforts inouïs pour vomir « parce qu'il reste une gorgée de bile qui doit sortir pour le soulager ». Il prétend qu'il est impossible de donner une idée de ce qu'il endure pendant cette crise : il étouffe, il est couvert de sueur glacée jusqu'à ce que à la fin un petit vomissement quelconque ou simplement l'épuisement amène la fin de la crise et qu'il tombe dans un lourd sommeil.

Voici donc trois catégories de phénomènes qui se superposent

d'une manière bien curieuse : ce sont, en résumé, des agitations motrices et viscérales analogues aux angoisses et que l'on pourrait appeler une phobie de la digestion, en second lieu l'impulsion irrésistible aux vomissements que l'on pourrait appeler un tic de vomissements et, en troisième lieu, une de ces crises de manie mentale, de besoin de perfection et d'effort appliqués toujours aux vomissements. Vous voyez combien d'interprétations pourraient être données d'un cas semblable si l'on ne se rendait pas compte qu'il s'agit de phobie, de tics et de crises d'agitation mentale. Il faut connaître toutes ces crises d'agitation forcée qui poussent les malades à chercher désespérément un mot, un souvenir, qui les font hurler des nuits entières parce qu'ils n'ont pas le souvenir d'un paysage qu'ils ont entrevu, qui leur font faire des efforts invraisemblables et désespérés pour arriver à la perfection dans l'acte d'uriner ou même dans la masturbation. Quand on a l'habitude de ces malades, on reconnaît la nature de ces angoisses et de ces efforts de vomissements.

Si on avait quelque hésitation, elle serait levée par l'examen des procédés qui modifient la digestion. Qsa... a imaginé une foule de petits procédés, de trucs, qui lui permettent quelquefois de retarder les vomissements : il lui faut garder pendant des heures une boule d'eau chaude sur la région épigastrique, il faut que constamment il ait quelque chose dans la bouche et qu'il puisse sucer un bonbon, il absorbe ainsi des quantités invraisemblables de boules de gomme. Mais ce qui réussit mieux encore, ce sont les distractions, les émotions, les excitations. S'il écoute un cours ou une conversation intéressante, il en oubliera la digestion qui profitera de cet oubli pour s'accomplir d'une façon régulière. Un changement agréable dans sa résidence le fait digérer pendant quelque temps. Bien mieux, il suffit quelquefois de la musique, simplement d'une musique militaire pour modifier ses troubles et terminer la digestion. Il raconte lui-même d'une manière amusante qu'il a un jour acheté un cheval qui lui plaisait et qu'à cette occasion il a dû absorber un fort déjeuner ; mais il fallait essayer le cheval, discuter ses mérites et le déjeuner fut digéré sans qu'il s'en aperçût. Ajoutez que la grande crise des efforts de vomissement est arrêtée comme par enchantement par une piqûre de morphine. Vous reconnaissez là toutes les conditions qui agissent sur toutes ces crises d'agitation et de phobie.

On trouve chez le même malade d'autres troubles du même

genre sur lesquels nous n'insisterons pas, des faiblesses dans les jambes, et des inquiétudes sur la marche, qui esquissent une basophobie, des troubles du sommeil, « j'avais la crainte très précise de ne pas retrouver ma tête si je m'endormais, il me semblait que j'allais me perdre dans le sommeil comme dans un gouffre », des troubles de la vue, quelques difficultés à articuler les mots, des algies de l'anus et surtout de la vessie ; mais les troubles de la digestion effacent tous les autres.

Ces troubles se sont développés sur un tempérament tout spécial et très intéressant : Qsa... est le type du psychasthénique scrupuleux dont nous avons vu tant de curieux exemples. C'est un homme supérieur dans le domaine de l'intelligence et en même temps un infirme dans le domaine de la volonté et de l'activité réelle. Il peut tout comprendre et tout discuter quand il s'agit de politique, d'arts, de littérature et surtout de philosophie : il parle de tout avec justesse et avec un esprit très libéral. On peut remarquer seulement qu'il parle trop, qu'il a facilement une sorte d'agitation mentale l'entraînant à étudier trop de choses, à émettre pêle-mêle trop d'idées.

Nous avons été très frappés par cette supériorité intellectuelle des psychasthéniques ; vous la retrouverez dans beaucoup de nos observations, mais il y a un triste revers bien manifeste chez Qsa... comme chez les autres, c'est en un mot l'absence de ce que nous avons appelé les fonctions du réel. Nous ne reviendrons pas sur tous les troubles de l'aboulie qu'il faudrait énumérer à propos de ce malade : incapacité de décision, oscillations de l'esprit, inquiétudes, besoin d'un ordre parfait avant de ne rien faire, réclamation d'une foule de conditions irréalisables pour se décider à un travail. « Il faudrait d'abord de l'ordre qui simplifie ma vie, il faudrait me débarrasser d'un passé lourd, il faudrait d'abord refaire peau neuve... la complexité des choses me trouble trop, » et avant de rien commencer l'éternel refrain : « Cela ne sert à rien, cela n'en vaut pas la peine. » Puis le besoin de direction : « Il me faudrait un ami qui me remonte avec tact, j'aurais besoin de quelqu'un qui reste avec moi, qui s'occupe de moi, qui m'aide sans me contrarier ; j'aurais besoin d'être soutenu, aidé, aidé, aidé !! » On comprend qu'un pareil caractère soit disposé à s'inquiéter de tout, à se bouleverser pour la moindre complexité de la vie. C'est ce qui est arrivé : quelques soucis d'affaire ont encore contribué à augmenter l'agitation qu'il a toujours eue. L'agitation

s'est spécialisée sur les fonctions digestives qui ont toute sa vie été délicates comme chez tous les neurasthéniques et peu à peu s'est constituée cette forme spéciale d'angoisse et d'effort.

D'ordinaire, nous n'acceptons guère l'emploi de la morphine chez les psychasthéniques : dans le cas actuel nous avons dû nous en servir un peu pour rendre l'alimentation possible, ce qui devenait indispensable. Le résultat n'a pas été mauvais et la morphine donnée presque toujours à l'insu du malade a pu être supprimée sans difficulté. Le bromure a permis également de diminuer l'agitation, mais c'est surtout un malade à diriger, à remonter, et il est visible que l'on arrive par une éducation de l'esprit et, si l'on peut ainsi dire, par une éducation de la digestion à le rétablir en partie malgré son âge. L'augmentation de poids qui a été obtenue est le meilleur signe d'un progrès important.

Observation 109. — **Manie du vomissement.** — *Pollakiurie, timidité, inquiétudes.*

La maigreur de ce pauvre garçon, As..., âgé de 26 ans, est tout à fait effrayante (figures 17 et 18); si nous vous disons que cette maigreur est en rapport avec une névrose, vous penserez immédiatement à l'anorexie hystérique. Eh bien non, il ne s'agit ni d'anorexie ni d'hystérie et il est bon de savoir que de telles maigreurs avec toutes les conséquences dangereuses qu'elles entraînent peuvent dépendre d'une toute autre maladie mentale.

En le voyant si maigre et si faible, notre première question est naturellement : « Vous ne mangez donc pas ? » Il nous répond qu'il fait quatre repas par jour et qu'il mange avec appétit une quantité d'aliments très suffisante, mais alors comment les aliments ne le nourrissent-ils pas ? « C'est, répond-il naïvement, que j'ai pris l'habitude de les vomir. » Voici, en effet, le manège plus que bizarre auquel il se livre ; il mange tranquillement en famille, avec plaisir. Aussitôt après, il s'écarte dans sa chambre, se penche sur une cuvette, se frappe l'estomac à petits coups ainsi que le dos, met les doigts dans la bouche et travaille consciencieusement à provoquer le vomissement. Il réitère ce manège jusqu'à ce que tout soit sorti, puis très satisfait de lui-même, il s'en va à son travail l'esprit très libre ; comme il a faim, il

attend avec impatience le prochain repas après lequel il recommence. Et voici cinq à six ans que dure cet exerciee.

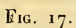



Fig. 17.

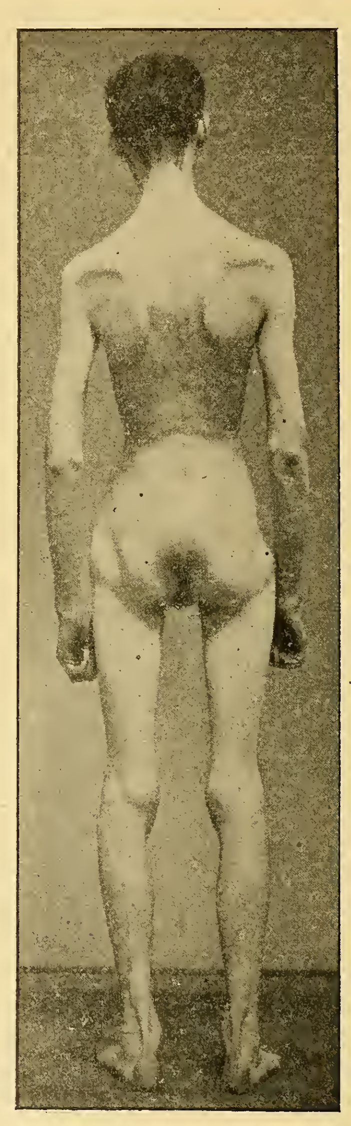


Fig. 18.

C'est peut-être beaucoup que de faire rentrer une pareille folie dans les tics, mais elle se rapproche des rots, des éructations et aujourd'hui le vomissement est devenu très facile, presque invo-

lontaire. D'autre part, il a remplacé des tics précédents et procède du même état mental.

Comment cet homme en est-il arrivé là ? Sans grands antécédents héréditaires, il a toujours été un débile, très timide, très inquiet, il n'osait pas faire la moindre démarche, cela le faisait grelotter, lui donnait des angoisses et des tics. Il a eu toutes sortes de tics, des clignements d'yeux, des secousses des épaules, il a rongé ses ongles, il avait un petit cri : « hum, hum », qu'il répétait trois fois à toute occasion ; il a abusé de la masturbation, etc... Remarquons en passant que la masturbation est un des grands phénomènes de dérivation : chez beaucoup de nos débiles, l'effort volontaire, l'effort d'attention, le début d'une émotion se résolvent en excitation génitale et en masturbation.

Plus il avançait en âge, plus il devenait bizarre, il avait la peur du monde, le besoin de solitude « de peur de rencontrer des ennemis ».

Il commença vers l'âge de 18 ans à se préoccuper de sa miction : la crainte d'un trouble urinaire lui fit cesser les masturbations, mais alors il prit la manie d'uriner tous les quarts d'heure. Un peu plus tard vers l'âge de vingt ans, des douleurs d'estomac détournèrent l'attention du malade de ce côté, il conclut qu'il mangeait trop, ce qui n'était peut-être pas déraisonnable ; mais comme d'autre part, il avait bon appétit et n'avait pas la volonté suffisante pour restreindre l'alimentation, il se trouva mieux un jour que l'estomac s'était déchargé. De là l'idée singulière de vider en partie l'estomac après chaque repas. Le tic alla en grandissant : As... sentait un malaise, s'il n'avait pas tout vomi, une sorte de jouissance à vomir complètement « et, dit-il avec tristesse, je me suis laissé aller à la tentation ». Il en est arrivé peu à peu à vomir tout ce qu'il mangeait.

Remarquez bien la différence de cette maladie, d'abord avec l'anorexie hystérique dans laquelle il y a perte complète de l'appétit et refus d'aliments et avec le vomissement hystérique qui est tout autre. Le vomissement hystérique est un acte automatique dans lequel le spasme de l'estomac, du diaphragme, de la poitrine, se fait involontairement et inconsciemment. Si au début du vomissement hystérique il y a quelquefois des idées du même genre que chez notre malade elles ont bien vite disparu de la conscience et ne se retrouvent que dans le somnambulisme. Ici, l'idée maladive ne se développe pas à part de la conscience, elle se déve-

loppe dans la conscience même et elle est l'expression d'un malaise général. Il en résulte que vous ne trouverez pas ici ces anesthésies de la région épigastrique, ces contractures des muscles abdominaux qui jouent un grand rôle dans le vomissement hystérique; il en résulte que vous ne pourrez tirer ici que peu de bénéfice du massage de l'abdomen ou de la suggestion hypnotique.

Voici notre garçon bien engraissé; il a suffi de lui faire comprendre le danger de ses manœuvres, de remonter son courage : une surveillance de quelques semaines à l'hôpital, après les repas, a suffi pour lui faire perdre au moins momentanément sa répugnante et dangereuse manie.

Observation 110. — **Crampe des écrivains.** — *Aboulie professionnelle, scrupules, état neurasthénique.*

Voici encore une maladie intéressante que l'on considère trop souvent comme un symptôme isolé, c'est la crampe des écrivains. Cette femme de 35 ans, An..., ne peut plus écrire du tout depuis six mois. Aussitôt qu'elle prend la plume, ses doigts se resserrent, le poing se ferme et la malade sent une douleur, un engourdissement qui remonte dans tout le bras droit jusqu'à l'épaule. Dans ces conditions, il lui est impossible d'écrire, il lui est même impossible de tenir la plume et elle la laisse tomber. Ce symptôme s'est développé peu à peu chez une personne qui vivait en faisant des copies et des traductions, par conséquent qui se fatiguait à écrire, c'est donc tout à fait le symptôme que l'on appelle la crampe des écrivains.

Chez cette personne, ce symptôme a été pendant longtemps précédé d'un autre qui a, à nos yeux, une grande importance et qui se présente, avant la crampe des écrivains, bien plus souvent que l'on ne croit. An... avait un dégoût énorme, profond, de son métier, elle n'avait plus le courage de se mettre à ses copies, elle aurait préféré faire n'importe quoi. En un mot, elle présentait au plus haut degré l'aboulie professionnelle qui est si fréquente chez les psychasthéniques. Depuis longtemps, elle avait aussi des hontes de ce qu'elle faisait; son travail lui paraissait mal fait, ridicule, honteux et elle commençait à avoir des obsessions de

honte à son sujet. Quand elle se mettait à son travail, il fallait un effort énorme, elle sentait l'attention lui échapper, elle rèvait à une foule de choses, en même temps elle avait des émotions, des suffocations, des sueurs profuses, en un mot, il y avait une foule de dérivations intellectuelles et viscérales.

Est-il surprenant qu'une dernière dérivation se soit faite, la dérivation musculaire sous forme de crampe des muscles intéressés dans le travail. Cette crampe est donc bien ici un tic survenant chez une psychasthénique, à l'occasion d'une aboulie professionnelle; il y a intérêt, croyons-nous, à mettre quelque unité dans la description de tous ces symptômes, qui sont loin de constituer autant de maladies distinctes.

Cet autre malade, Ll..., âgé de 36 ans, nous montre bien les rapports de la crampe des écrivains avec l'aboulie et la timidité. Il écrit fort bien quand il est seul, il a sa crampe seulement si on le regarde. A ce moment, il se sent gêné, il fait des mouvements brusques, incohérents et n'est plus capable d'écrire un mot; si on s'écarte, il se calme peu à peu et peut écrire indéfiniment.

Observation III. — **Crampe des écrivains.** — *Neurasthénie, obsession de l'argent, agitation motrice.*

Voici un cas particulièrement net à propos de notre interprétation de la crampe des écrivains, car le trouble de l'écriture alterne ici avec d'autres symptômes psychasthéniques. Cet homme de 44 ans, Cr..., sans grands antécédents héréditaires, semble avoir été troublé par la fièvre typhoïde, qu'il eut très grave à l'âge de 20 ans. Depuis ce moment, il est un neurasthénique, souffrant perpétuellement de l'estomac et de la tête. Il a perdu son énergie et il souffre beaucoup des efforts nécessaires pour gagner sa vie. Son rêve serait malheureusement assez difficile à réaliser : il voudrait simplement être riche et vivre sans travailler.

En attendant, il fait un humble travail de copie dans un bureau, ce qui ne laisse pas de lui être extrêmement désagréable. Quand une émotion s'ajoute à cette fatigue perpétuelle, il perd tout équilibre. Les troubles se présentent alors sous deux formes : tantôt, surtout si l'émotion a été grave, il devient agité, ne peut plus tenir en place, il sort de chez lui et fait des courses énormes. Il ne faut

pas prendre ces grandes marches pour des fugues hystériques : il sait parfaitement ce qu'il fait et garde le souvenir conscient des endroits par lesquels il passe. C'est un besoin de marche qui se présente assez souvent chez les psychasthéniques et qui est une forme de leur agitation motrice diffuse dont nous avons vu des exemples.

Quand l'émotion est moins forte, c'est seulement dans un membre qu'il ressent l'agitation, dans le bras droit. Ce bras se secoue, devient incapable de tenir la plume à cause de ses mouvements incoordonnés et de ses spasmes : c'est une véritable crampe des écrivains.

Dans les deux cas, le trouble le rend incapable de faire son métier, il faut qu'il se repose en entrant dans un hôpital pendant quelque temps. Presque toujours, la crise ne dure que deux ou trois mois ; ensuite il se calme et il a assez d'énergie pour reprendre son collier de misère. Pour nous, vous le comprenez bien, ces accidents ne sont au fond que des crises d'aboulie professionnelle. L'émotion ajoute à sa dépression constante et il perd l'énergie suffisante pour accomplir son métier de copiste, qu'il a en horreur. La dérivation se fait soit par une agitation générale et de grandes marches, soit par la crampe des écrivains.

Observation 112. — **Délire de scrupule comme substitut de tics.** — *Aboulie, inquiétude, agitation mentale, scrupule.*

Cette jeune fille de 24 ans, Nu..., n'a pas de tics, ou plutôt, elle n'en a plus en ce moment, mais elle vous présente la suite, le reliquat de tics qui ont été guéris et ce reliquat est bien intéressant pour nous expliquer la véritable nature des tics précédents.

Cette jeune fille, sans grands antécédents héréditaires, sauf une mère trop nerveuse, était intelligente et active avant la puberté. Les règles vinrent en retard et péniblement à l'âge de 15 ans. A ce moment Nu... commença à se sentir triste et fatiguée, elle ne pouvait plus s'appliquer et s'agaçait de tout travail. Les efforts inutiles amenèrent une agitation de plus en plus grande qui dégénéra en tics. Elle avait constamment la même secousse des bras et des épaules, la même petite saccade des jambes. Elle avait déjà à ce moment quelques pensées singulières, ainsi elle se trouvait bizarre, pas naturelle, elle « avait peine à se croire réelle ». Elle traduisait ces pensées d'une manière intéressante que l'on ren-

contre très fréquemment chez les psychasthéniques, elle avait le sentiment « qu'elle jouait la comédie, qu'elle faisait exprès d'avoir des tics ridicules ». Mais ces pensées étaient passagères et pendant les périodes des tics l'esprit restait en apparence assez sain.

Pendant trois ans on essaya de tous les traitements sans pouvoir diminuer les tics. Enfin on voulut essayer de l'hypnotisme et la malade fut isolée et soumise à des essais réguliers d'hypnotisation. Quelle que fut la patience du médecin et du sujet jamais il ne fut possible d'arriver au sommeil hypnotique. Ce point est à remarquer car nous soutenons précisément que les psychasthéniques ne sont pas hypnotisables et que ce caractère très important contribue à les séparer des hystériques. Mais pendant ces séances on répéta à la malade qu'il fallait faire effort sur elle-même, se dominer, qu'elle pouvait, si elle le voulait, arrêter ces tics qui faisaient son désespoir et rendaient tout travail impossible : elle finit par s'en émotionner. Elle ressentit en elle-même une impression bizarre. « Je me suis découragée, il m'a semblé que tout partait en dedans de moi-même, je ne me suis plus sentie la même, je n'étais plus moi, je jouais tout à fait la comédie, je n'avais plus de bonne volonté, plus de volonté du tout. »

Cette émotion et ces réflexions amenèrent deux résultats également curieux, d'abord les tics se mirent à diminuer, puis à disparaître et l'agitation ne se manifesta plus au dehors par des mouvements des membres. Mais la jeune fille ne fut pas guérie pour cela, elle resta plus immobile, plus morne que jamais. « Je ne peux plus rien faire, disait-elle, je n'ai plus envie de rien, je ne prends plus plaisir à rien, je n'ai même plus de chagrin de ma maladie et cela ne me fait rien de faire de la peine à mes parents, je ne veux plus vivre et d'ailleurs je ne sais plus si je vis, ce n'est plus moi... »

C'est là un abaissement mental plus considérable que précédemment avec aboulie, apathie et perte plus grande des fonctions du réel. Mais la dérivation qui tout à l'heure se faisait par des tics a-t-elle disparue ? Non, seulement elle est devenue différente, elle est devenue mentale : la malade rumine perpétuellement, s'analyse indéfiniment, elle s'interroge sur le traitement hypnotique : « Pourquoi est-ce qu'on n'a pas pu l'endormir, quand le médecin avait dit qu'il endormait tout le monde ; c'est donc qu'elle est différente des autres, c'est elle qui a résisté et qui ne s'est pas prêtée au traitement, c'est sa faute si elle n'a pas été

guérie, ce qui lui reste est-ce de la paresse dont elle soit responsable devant le bon Dieu... ? que faut-il faire pour chercher à se rattraper quand on est tombée ainsi, etc... ? » C'est en ce moment de l'agitation mentale, ce que l'on appelait autrefois de la folie du doute.

Nous tenions à vous faire remarquer cette substitution de la folie du doute à la maladie des tics; cela confirme une fois de plus ce que nous disions sur l'identité fondamentale des deux maladies qui ne sont que deux aspects, deux phases de la dérivation dans la psychasthénie.

Cela nous donne aussi quelques enseignements sur le traitement des tics. C'est une erreur à notre avis de ne voir dans le tic que la maladie du mouvement et de ne s'occuper que de modifier le mouvement. On peut très bien supprimer le tic d'un tiqueur sans le guérir en aucune façon et même en aggravant son mal. L'essentiel n'est pas cette forme de dérivation qui donne le tic, l'essentiel c'est l'abaissement de la tension nerveuse, c'est la suppression des phénomènes psychologiques supérieurs de la volonté de l'attention, du plaisir du présent. Ce sont ces phénomènes-là qu'il faut s'efforcer de faire remonter par tous les procédés physiques et moraux et c'est pourquoi l'un de nous disait déjà il y a dix ans que la guérison du tic consiste à apprendre au sujet à faire attention. Quand on réussit à guérir un tic en habituant le malade à faire certains mouvements, il ne faut pas se figurer que ce sont ces mouvements qui l'ont guéri. Ce qui l'a guéri, c'est la confiance que le médecin a su lui inspirer dans le traitement, ce sont les émotions heureuses que l'on a excitées, ce sont surtout les efforts d'attention qu'on lui a fait faire graduellement. Il nous semble que M. Dubois de Saujon a très bien indiqué, d'après notre enseignement, comment les tics se guérissent de cette manière. Si en ne s'occupant que du mouvement on n'obtient pas l'amélioration de l'état aboulique on amènera simplement une transformation de la maladie dont nous venons de voir un exemple.

Observation 113. — **Crise de tics.** — *Mouvements de danse, cris, paroles grossières, ruminations, scrupules et idées de persécution.*

Il est souvent utile de revoir, après un long intervalle, nos

anciens malades afin de nous mieux rendre compte de l'évolution des symptômes. C'est pourquoi nous vous demandons la permission de remettre sous vos yeux cette vieille malade que beaucoup d'entre vous ont bien connue il y a deux ans. Qi..., âgée maintenant de 54 ans, avait, quand elle s'est présentée ici il y a quatre ans, une maladie bien curieuse, la maladie de la danse. Brusquement elle se levait de sa chaise, faisait des pirouettes, de grands gestes de danseuse d'opéra, saluait, se penchait en arrière, tournait sur ses pointes, etc. Dans le second volume de notre travail sur les névroses et les idées fixes vous trouverez des photographies amusantes représentant quelques-unes des diverses poses que prenait cette bonne dame[1]. Nous vous avons expliqué à cette époque comment ces danses s'étaient développées au moment de la ménopause, à l'imitation des danseuses de ballet que Qi... allait souvent voir pour se distraire de ses tristesses. C'est la suite de cette observation singulière que nous voudrions vous présenter aujourd'hui.

Peu à peu sous l'influence de l'isolement, du calme, d'un traitement tonique et de quelques suggestions nous sommes parvenus à diminuer ces tics de danse. Nous exercions la malade à rester devant nous, à nous causer en faisant attention à ce qu'elle disait sans se laisser aller à ses rêves qui amenaient infailliblement les danses. Elle parut se guérir peu à peu et a quitté l'hôpital après quelques mois.

Bientôt la maladie a réapparu sous une deuxième forme : Qi... poussait des cris aigus épouvantables ou bien elle lançait à tue-tête des injures et des mots orduriers, ce fut une véritable crise de coprolalie. On peut remarquer à ce propos que les tics de cette dame sont toujours bien désagréables pour elle : c'est une dame âgée, d'un aspect sévère et vénérable ; il était déjà singulier de la voir danser, il était plus singulier encore de l'entendre hurler un répertoire de barrière qui convenait peu à sa figure. Dans toutes ces maladies de la volonté ce sont toujours les actions qui déplaisent le plus aux sujets, qui sont le plus en opposition avec leurs désirs, qui s'imposent ainsi à eux. Remarquez cependant que ces impulsions sont rarement complètes. Cette dame ne vociférait pas ainsi devant tout le monde : dans la rue en présence d'inconnus qui auraient pu ne pas comprendre le sel de ces plaisanteries et lui faire une mauvaise affaire elle se tenait parfaitement tranquille.

1. *Névroses et idées fixes*, II, p. 342.

Quand elle venait nous voir, elle ne disait pas un mot en traversant les cours de la Salpêtrière; aussitôt entrée dans le service où elle se sentait connue, elle s'en donnait de tout son cœur et poussait de véritables hurlements. Cette nouvelle phase s'est prolongée pendant six à huit mois, puis la malade est devenue à peu près calme. Ce n'est pas que de temps en temps elle n'ait encore des soubresauts, des gestes bizarres et de petits cris, mais vous voyez qu'elle se tient convenablement devant vous et que depuis un moment elle n'a encore injurié personne.

Elle n'en est pas plus heureuse pour cela car il lui reste bien des tourments : d'abord elle est gênée pour tout, « tous les actes sont difficiles même l'acte de parler; c'est ridicule, dit-elle, moi qui suis parvenue à l'âge de 50 ans sans avoir été timide, me voilà devenue timide, quand je suis vieille. J'entre dans un magasin et je perds la tête pour demander deux sous de fil comme une petite fille; je suis gênée en tout, je me sens drôle en tout. » Vous constatez l'effet de cet abaissement mental que vous connaissez bien.

En même temps elle a des peurs, des angoisses. « Il me prend des peurs quand je sors et j'ai aussi des peurs dans mon appartement dès que mon fils me laisse seule, il ne peut pourtant pas être toujours à me tenir la main ». Vous voyez les dérivations viscérales et les besoins de direction. Depuis quelque temps s'ajoutent à tout cela des idées fâcheuses, elle rumine sur son triste sort et tantôt elle s'accuse elle-même, tantôt elle accuse les autres de ses tourments. Il lui semble qu'on lui a jeté un sort, que tout le monde s'occupe d'elle et lui chuchotte des injures à l'oreille. En un mot, il y a chez elle une tendance incontestable au délire de persécution. Nous voulions vous faire remarquer cette évolution qui conduit cette pauvre femme des tics de la danse au délire du scrupule et de persécution.

Observation 114. — **Fausse coxalgie, crises de tics.** — *Imitation d'animaux, folie du doute.*

L'un de nous a depuis longtemps des scrupules à propos de cette malade et pour calmer sa conscience il désire que nous reprenions complètement son histoire devant vous. C'est une malade, Renée, maintenant âgée de 30 ans, qu'il a étudiée dans cet amphi-

théâtre il y a bien longtemps pendant les dernières années de la vie de notre maître Charcot ; il l'a présentée alors avec un diagnostic qui ne lui plaît plus aujourd'hui, et comme la malade vient encore nous revoir de temps en temps, nous allons discuter les raisons de ce changement d'opinion à son sujet.

Presque tous les parents du côté maternel ont eu des crises de nerfs, la mère et un oncle semblent avoir été des hystériques, une tante est nettement épileptique. L'enfant se montra très intelligente et très précoce, elle n'eut aucune maladie sérieuse jusqu'à 14 ans, âge de la puberté. A ce moment elle commença à avoir des maux de tête et à se sentir fatiguée. Elle continua cependant son travail, tantôt à l'école, tantôt dans un cours de déclamation, car elle se destinait au théâtre. Vers l'âge de 17 ans, elle se sentait de plus en plus énervée, elle s'agitait au lieu de travailler et elle prit successivement plusieurs tics. Elle tournait les yeux de travers, elle levait brusquement un bras en l'air, elle se rongeait les ongles d'une manière invraisemblable et elle prit même la manie de se ronger les ongles des pieds jusqu'au sang pendant la nuit. Elle grinçait des dents, elle avait une petite toux, des crachotements, etc... C'est à ce moment qu'elle commença à se tenir de travers. Ses parents voyant une hanche plus forte que l'autre crurent à une coxalgie ; mais elle-même ne s'y laissait pas tromper, elle savait très bien que c'était un tic et elle avait à ce propos ce sentiment singulier de jouer la comédie, de ne pas être naturelle, de le faire à moitié exprès et cependant d'en être ennuyée, sentiment caractéristique qu'elle va conserver dans tous ses accidents.

Une série de petits incidents déterminent la naissance d'autres tics. Un petit chat lui fait un jour très peur en lui léchant la main, elle prend à ce propos la peur des chats et des chiens et se sent forcée de répéter leurs cris. Un petit pâtissier idiot qu'elle rencontre dans la rue frappe son imagination et elle répète ses cris enfantins ; enfin dans une séance de spirites on la déclare possédée par l'âme d'une danseuse et la voici qui ressent des secousses dans les jambes comme si elle voulait danser. Tous ces troubles s'exagèrent sous l'influence d'excès génitaux, si bien qu'elle est amenée à la Salpêtrière à l'âge de 20 ans dans un état extrêmement complexe et curieux. Dès qu'on essaye de l'examiner, elle fait des contorsions et semble tout à fait commencer une crise d'hystérie, mais cette crise se compose en réalité d'une

succession interminable de tous les tics qu'elle a accumulés ; elle danse et simule surtout la danse du ventre, elle lève brusquement les bras en l'air, elle se couche par terre, marche à quatre pattes, imite le cri du chat et celui du chien, puis elle parle comme un petit enfant idiot : « hem, hem, io, io, tu dors bien, je dors bien, ma nounou, tatatam ». Elle fait semblant de vomir et surtout lance à pleine voix toutes les injures de son très riche répertoire : « zozo, petite femme, putain, bordel, je t'em..., tu me fais ch..., etc... ». Ces crises se prolongent pendant plusieurs heures, puis elle se calme peu à peu, sépare les gros mots les uns des autres par quelques instants de silence, et finit par ne plus rien dire, elle reste simplement fatiguée.

Charcot en examinant cette crise bizarre l'avait rapportée à l'hystérie et l'un de nous l'avait souvent citée comme exemple de tics bizarres dans l'hystérie. Maintenant que nous avons suivi pendant plus longtemps l'évolution de la malade, nous ne pouvons plus accepter ce diagnostic. Il n'y avait dans cette crise aucune espèce d'inconscience : non seulement la malade savait ce qu'elle disait, mais elle continuait à suivre à peu près ce qui se passait au dehors. Si les spectateurs riaient, elle s'interrompait pour les rappeler à l'ordre et pour leur dire sérieusement et sans injure : « Vous n'avez pas besoin de vous moquer de moi. » Après la crise le souvenir était fort net. D'autre part la malade n'a jamais présenté ni troubles de la sensibilité, ni troubles de la mémoire, elle n'a jamais eu le moindre stigmate. Enfin quand on essaya de l'hypnotiser pour la traiter, il fut toujours impossible d'arriver à un hypnotisme complet ou à une suggestion caractéristique. Tout se passait chez la malade à demi volontairement, quand on la croyait endormie, elle demandait s'il fallait encore tenir les yeux fermés et elle n'obéissait à demi aux suggestions que dans l'espérance de guérir. Il s'agit donc d'un autre état que nous pouvons maintenant mieux comprendre.

La paresse, l'aboulie de cette personne ont toujours été remarquables, elle se sentait toujours engourdie, surtout quand il fallait faire le moindre effort ; elle était perpétuellement hésitante. Voici d'ailleurs quelques observations qu'elle avait faites elle-même sur son propre caractère, nous nous bornons à transcrire cette confession : « Comme je vous l'ai déjà dit, mon état moral est très compliqué, très mal défini et je me sens incapable de vous l'expliquer. Tout chez moi, sensations, idées, sentiment se confond dans un

chaos désespérant ; toujours tirée en deux sens opposés, partagée entre deux ou plusieurs résolutions contradictoires, je suis aussi indécise qu'il est possible de l'être. Suis-je occupée, il me semble qu'il vaudrait mieux être à me promener et inversement. Je ne prends du goût à aucune occupation, je me figure toujours que telle ou telle autre est meilleure que celle du moment. Je ne me sens bien nulle part, je traîne avec moi l'ennui, le dégoût, le découragement, vilains compagnons qui ne me quittent guère..... J'ai toujours eu une grande faiblesse de volonté, le matin je ne puis me décider à me lever, je mets deux heures à m'habiller, avec entr'acte d'une heure entre chaque jupon... Il me semble que faire mon lit est un travail extraordinaire, un véritable tour de force ; j'admire ceux qui peuvent faire des tours de force, je n'ai de goût qu'aux petites occupations machinales qui ne demandent ni mouvement, ni initiative. Lorsqu'on me demande un acte quelconque, j'éprouve à la fois le besoin de l'accomplir et celui de faire le contraire ; je me trouve partagée comme entre deux personnes dont l'une veut ce que l'autre désapprouve. Cette sorte de dualité je l'éprouve pour tout et il me semble toujours que je fais ou que je pense deux choses à la fois. Si vous saviez quel mal j'ai pour transcrire ces quelques pauvres idées, je ne puis arriver à fixer mon attention, je veux dire une foule de choses qui m'échappent aussitôt que je suis pour les écrire et puis je suis troublée par l'idée que je dis des choses stupides. J'arrive à me trouver tous les vices, tous les défauts, de même que je trouve tous les vices aux autres, d'ailleurs ; cette méfiance, ce mépris de moi-même, je l'ai pour tout le monde. J'en suis à me demander si j'ai encore le sens moral. Quand donc me sera-t-il donné de me ressaisir ? Il me semble qu'on m'a pris mon âme et cet état dure depuis trois ou quatre ans. » Cette page est curieuse comme description de l'état d'esprit d'une grande tiqueuse ; cette pauvre femme est bien en réalité comme elle se décrit, incapable du moindre effort de volonté ou d'attention et se fatiguant immédiatement. En voici une preuve curieuse, c'est une petite lettre qu'elle écrit à sa mère (figure 19) : les premières lignes sont bien écrites, la seconde page est déjà moins nette, à la troisième il y a une grande écriture enfantine et ridicule. Nous avons souvent noté le fait dans les écrits des abouliques, la perfection ou la confusion de leur écriture est en rapport avec leur état mental.

Cet épuisement est évidemment la raison d'être de ces tics,

26 mai 1892

Ma chère Mère

Je t'écris un petit mot
pour te remercier de
que tu m'as envoyé

ne peux t'en
écrire davantage
Écrire me rend
malade
Je t'embrasse
[illegible]

Fig. 19. — Les premières lignes sont prises au début de la lettre, les suivantes à la fin.

quant aux causes occasionnelles des crises on les voit facilement. Dans les journées où elle a un grand sentiment d'ennui, de découragement elle ne peut essayer aucune action sans avoir une crise de tics. Même quand elle se porte mieux un effort amène cette crise : elle essaye de chanter devant les malades et tombe en crise de tics au bout de quelques notes. La moindre émotion amène le même résultat c'est-à-dire qu'elle disparaît et laisse les tics se développer à sa place. La malade a reconnu le fait tout au début de sa maladie à propos des masturbations ; le plaisir n'arrivait pas mais il était remplacé par les tics. En un mot ces crises de tics sont des phénomènes de dérivation chez une grande aboulique. La forme que la dérivation a prise tient évidemment à des faits qui se rapprochent de la suggestion sans lui être cependant tout à fait identiques.

Cette interprétation est encore mieux vérifiée si nous considérons les phénomènes qui ont peu à peu remplacé la crise. Même au moment de sa grande maladie des tics elle ne répétait pas toujours les mêmes tics, et sa crise était infiniment moins régulière que celle des hystériques. Quelquefois, au lieu de faire toutes ces contorsions et de dire tous ces gros mots, elle se bornait à un bavardage interminable sans signification, elle s'interrompait pour vous dire sérieusement quelques mots, puis elle continuait : « Encrier, la soupe dedans, la lampe sur mon nez, bonsoir monsieur, madame, etc..... » D'autres fois elle se laissait aller à des mouvements violents : « Casser de la vaisselle, disait-elle, m'a épargné bien des crises. » C'est là un fait bien connu d'ailleurs chez les gens qui ont besoin d'une dérivation.

Enfin les crises du début qu'elle avait à son entrée à l'hôpital ont peu à peu disparu en grande partie par le repos, en partie par l'éducation que nous lui faisions ; mais quand elle a quitté le service au bout d'un an, elle avait encore toutes ses souffrances dans la tête, des bruits, des craquements, des élancements, une aboulie presque aussi grande. D'autres phénomènes commençaient qui n'ont fait que s'aggraver depuis, des inquiétudes, des angoisses, certaines manies mentales, par exemple la manie d'oscillation. Elle a commencé à étudier la déclamation, mais elle se disait que la vie d'actrice n'est pas toujours très correcte et qu'il serait plus facile d'être une sainte dans un couvent : son esprit oscillait pendant des heures entre la pensée de ces deux carrières, la vie de débauche et le théâtre, la sainteté parfaite et le couvent. Elle n'arrivait

à choisir ni l'une ni l'autre. Elle a la manie mentale du nombre « trois », il faut couper tout ce qu'elle mange en trois, ranger tous les objets en triangle ; elle a des interrogations religieuses sur l'existence d'un dieu ou d'un démon, des obsessions de présage ; elle se représente pendant des heures la façon dont elle sera écrasée dans une rue sans trottoir et elle conjure ce danger par la formule : « trois, neuf, trois quarts de neuf ». Toutes nos études nouvelles sur les faits de ce genre rendent maintenant le diagnostic bien net, c'est actuellement une obsédée, avec toutes les manies du doute. Il est donc bien probable que ces tics formidables du début étaient la manifestation de la même maladie. Cette observation nous montre une fois de plus que la maladie des tics n'est souvent qu'une première phase de la psychasthénie et qu'il faut éviter de confondre avec l'hystérie les agitations des psychasthéniques.

Observation 115. — **Spasme de l'œsophage. — Anorexie.**

Nous avons souvent parlé ensemble de cette maladie si curieuse, le *spasme de l'œsophage,* maladie en somme si peu connue et contre laquelle nous sommes bien désarmés. Voici un cas qui nous montre d'une manière intéressante la relation incontestable qui unit le spasme de l'œsophage aux autres obsessions. Cet homme, Boui..., âgé de 38 ans, a présenté depuis un an un beau spasme de l'œsophage qui s'est installé, prétend-il, à la suite de l'ingestion de café trop chaud. Dès qu'il absorbait les aliments, l'œsophage se resserrait spasmodiquement, les aliments restaient arrêtés avant d'arriver à l'estomac et ne tardaient pas à être rendus dans un vomissement. On pouvait très bien avec la sonde vérifier l'existence de ce spasme. Il mangeait très difficilement, ne se nourrissait que de liquides et quelquefois ne pouvait rien absorber. A ce moment, notez bien qu'il avait de l'appétit et qu'il aurait bien mangé s'il avait pu.

Nous l'avons traité de notre mieux par les douches, un peu de bromure, les suggestions et l'éducation de la déglutition. Nous ne prétendons pas que ce soit notre traitement qui ait agi ; en présence de ces faits bizarres il faut être modeste. En tout cas, depuis deux mois qu'il venait nous voir, il a graduellement avalé de mieux en mieux. Les purées d'abord, puis les viandes ont passé

très bien. Maintenant, sauf de temps en temps quand il est ému, il avale tout ce qu'il veut. Il est donc guéri ? Point du tout et c'est là le détail que nous voulons vous présenter.

Depuis qu'il peut manger il *n'a plus envie de manger*. L'appétit a disparu complètement, le dégoût est survenu, il prétend éprouver des pesanteurs, des fatigues, avoir envie de dormir quand il a mangé. En somme, *il ne veut plus manger*. Ce dégoût lui rend l'alimentation très difficile et il reste des journées sans rien prendre. C'est tout à fait sans que nous insistions sur les détails, le tableau de l'anorexie mentale en rapport avec des préoccupations hypocondriaques. N'est-il pas bien curieux de voir cette anorexie s'installer à la place d'un spasme de l'œsophage. Cela ne montre-t-il pas un rapport assez intime entre les deux affections. C'est une petite observation à joindre à l'étude des spasmes de l'œsophage.

Observation 116. — **Spasme œsophagien et troubles de déglutition. — Antécédents héréditaires, tics, besoin de direction.**

Cette femme de 38 ans, Ev..., ne peut se nourrir qu'avec la sonde œsophagienne qu'elle s'introduit d'ailleurs elle-même : il lui est impossible d'avaler autrement les aliments. Dès qu'elle met quelque aliment dans sa bouche, surtout s'il est liquide ou à demi liquide, elle éprouve toutes sortes de gênes dans la bouche et dans le pharynx, sa langue remue irrégulièrement dans tous les sens et ne parvient pas à faire progresser les aliments. Quand ceux-ci parviennent au fond de la bouche, ils déterminent des secousses du voile du palais et du pharynx. La malade fait toutes sortes de grimaces sans parvenir à avaler. Enfin, comme par hasard, le mouvement de déglutition s'accomplit, mais le bénéfice n'est pas grand, Ev... sent que les aliments s'arrêtent dans sa gorge au-dessous du sternum : elle sent à ce point une gêne croissante et au bout de quelques minutes, elle est obligée de les vomir. Il y a là simultanément des troubles de la déglutition et un spasme de l'œsophage.

L'attitude de la malade quand elle a les aliments dans la bouche et qu'elle ne parvient pas à les avaler fait penser à une paralysie du voile du palais, mais l'examen direct ne permet pas de trouver trace de cette paralysie : le voile du palais se relève très bien, la

malade peut parler ou même chanter sans avoir aucunement l'articulation nasonnée, les réflexes du pharynx sont absolument normaux. Seul, le spasme de l'œsophage peut être constaté assez nettement, la sonde que nous enfonçons rencontre une petite résistance qui cède d'ailleurs assez vite avant de pénétrer jusqu'à l'estomac.

Il est bien probable qu'il ne s'agit que de tics et de spasmes névropathiques. D'autre part, nous ne retrouvons nulle part d'anesthésie appréciable, la malade n'a jamais eu aucun accident qui éveille la pensée de l'hystérie et nous restons dans le domaine des accidents psychasthéniques. D'ailleurs, Ev... appartient à une famille où l'on compte des alcooliques et des aliénés, elle a déjà eu dans sa jeunesse des tics et des phobies.

Ces troubles de la déglutition ont commencé il y a dix-huit mois, la malade venait d'avoir eu six mois auparavant une fièvre typhoïde grave, elle fut atteinte d'une sorte de grippe avec coryza et mal de la gorge et c'est quinze jours après cette dernière maladie que les spasmes ont commencé. Notre première pensée a été que cette malade avait eu des accidents diphtéritiques qui avaient laissé à leur suite une névrite. Mais il n'y a jamais ni de véritable paralysie du voile du palais, ni aucun trouble du mouvement des yeux. Il est plus probable que cette personne, déjà prédisposée à l'hypocondrie, a eu à l'occasion d'un mal de gorge banal des accidents névropathiques. .

L'effet des divers traitements semble le confirmer, les traitements électriques n'ont eu aucun résultat. Mais un médecin a essayé de l'hypnotiser, il n'y est pas parvenu complètement, il a pu seulement lui donner confiance et la rassurer. Pendant tout le temps qu'a duré ce traitement hypnotique, chez ce médecin d'abord et ensuite même chez elle, Ev... a pu manger parfaitement. Elle s'est crue guérie, mais dès qu'elle a quitté son hypnotiseur tout a recommencé. Il est probable que nous pourrons de même la rassurer et la guérir au moins pour quelque temps.

CHAPITRE VII

LES AGITATIONS MENTALES

Il nous paraît utile d'examiner à part un groupe de malades très nombreux chez qui l'agitation ne prend pas la forme motrice ni la forme viscérale, mais chez lesquels elle reste presque exclusivement intellectuelle.

PREMIÈRE SECTION

L'AGITATION MENTALE DIFFUSE

OBSERVATION 117. — **La rêverie forcée, le mentisme.** — *Insomnie, aboulie, aprosexie, entérite muco-membraneuse.*

Voici un trouble mental fort curieux dont on néglige d'ordinaire l'étude ; il nous paraît fournir cependant la clef d'un grand nombre de troubles mentaux plus compliqués et plus graves qui prennent leur origine dans ce phénomène élémentaire. Cette femme de 44 ans, Lib..., se plaint de ne pouvoir ni travailler, ni s'amuser, ni dormir, mais elle donne tout de suite ce qu'elle considère comme la raison de cette impuissance : « C'est, dit-elle, que je suis obligée, bien malgré moi, de penser trop, c'est la pensée involontaire qui m'épuise et qui m'empêche de faire ce que je voudrais faire. »

En effet, sans être endormie, elle rêve continuellement pendant le jour et surtout pendant la nuit : cette rêverie continuelle semble absorber toutes ses forces et l'empêcher de faire aucune autre chose. Veut-elle lire, la rêverie se met en travers, elle a dans la tête une foule de pensées en opposition avec ce qu'elle lit et elle ne parvient plus à comprendre sa lecture ; veut-elle regarder un

spectacle, il lui semble qu'en même temps elle regarde une autre chose à laquelle elle rêve et elle sent qu'elle a deux images dans l'esprit : cela la trouble, cela l'empêche d'apprécier et même de comprendre le spectacle. Le trouble est surtout grave quand elle essaye de s'endormir, à ce moment sa tête est remplie d'idées de toutes sortes, d'images, de conversations, et il lui est impossible *de prendre l'idée de dormir,* elle ne sent pas du tout le besoin de dormir, elle ne fait aucun effort pour s'endormir et elle reste plongée dans cette rêverie vague. Non seulement toutes les actions sont ainsi troublées, mais la malade se sent épuisée de fatigue par ce travail continuel et stérile de la pensée et par cette absence de sommeil.

Quelle est donc la nature de cette rêverie obsédante, de cette rêverie forcée ? Un caractère singulier qui mérite d'être relevé, c'est qu'il ne s'agit pas d'une obsession proprement dite ; il n'y a dans ces discours intérieurs aucune pensée précise qui revienne régulièrement toujours la même. Les pensées sont très variables en rapport avec les petits événements qui ont intéressé la malade ; ces pensées ne contiennent ni accusation, ni remords, ni honte de soi, elles ne sont pas précisément désagréables et si elles n'empêchaient pas le sommeil et la vie normale, Lib... s'y laisserait aller assez volontiers. On ne peut pas non plus dire qu'il s'agit de manies mentales comme nous allons en voir de nombreux exemples : ces rêveries ne prennent pas une forme régulière toujours la même comme dans les manies d'interrogation, de recherche ou de calcul. Le processus psychologique qui remplit ces rêveries change souvent et facilement : tantôt la malade semble se complaire à évoquer des souvenirs et des spectacles visuels, tantôt il lui semble qu'elle suit une longue conversation dont elle fait elle-même les demandes et les réponses, tantôt elle discute au dedans d'elle-même un projet, une proposition dont elle calcule les avantages ou les inconvénients.

Il n'y a de pathologique dans cette pensée que son exagération, sa continuité le jour et la nuit et surtout ce grand caractère que la malade ne se sent pas libre dans ses méditations. Elle ne sent pas l'effort volontaire pour les commencer, la pensée se développe toute seule, spontanément : « Il me semble que je n'y suis pour rien, ce n'est pas moi qui pense, qui choisis les sujets de ces pensées, c'est quelque chose qui pense en moi et je me borne à sentir ce que l'on pense dans ma tête. » En outre, la malade

ne se sent pas libre d'arrêter ses pensées, quand il lui plaît; ses efforts dans ce sens n'aboutissent qu'à augmenter l'agitation de l'esprit. « C'est comme un tourbillon d'idées, un fuite échevelée de pensées qui se succèdent avec une rapidité de plus en plus grande et il ne faut pas songer à les arrêter; quand je me résigne à les laisser couler comme elles veulent, mes rêveries sont plus calmes et moins pénibles ».

Ce phénomène peut être caractérisé comme une agitation intellectuelle comparable tout à fait à l'agitation motrice que nous avons vue chez certains sujets et à l'agitation émotionnelle qui constitue les états d'angoisse diffuse. Cette agitation mentale est en effet diffuse, elle ne s'est pas encore systématisée, comme elle le fera probablement plus tard, pour constituer quelque manie mentale.

Cette agitation mentale diffuse n'a été que peu étudiée par les aliénistes : c'est ce que quelques auteurs appellent *la fuite des pensées, le mentisme.* Elle nous paraît importante à bien comprendre; elle nous montre que l'agitation des psychasthéniques n'est pas uniquement une agitation émotionnelle, comme on est trop disposé à le soutenir, qu'elle peut prendre de tout autres formes dans lesquelles l'émotion n'a rien à faire. Cette malade, Lib..., n'est aucunement une émotive, elle est au contraire beaucoup trop froide et indifférente, absorbée dans ses pensées, elle ne s'intéresse à rien et ne s'émotionne de rien. Cet état nous montre qu'à côté de l'émotivité diffuse et sur le même plan comme source des manies mentales et des obsessions, il faut placer l'agitation intellectuelle et la rêverie forcée.

Quant à l'origine et au rôle de cette rêverie forcée nous ne partageons pas l'interprétation que donne la malade. Celle-ci pense que sa rêverie est le point de départ de tous ses autres troubles, que c'est elle qui en distrayant l'esprit détermine l'absence d'attention, la suppression de la volonté et le trouble du sommeil. Pour nous, qui avons observé bien souvent ces aboulies indépendamment de la rêverie ou accompagnées de toutes autres agitations, nous croyons qu'il faut renverser les termes. L'aboulie, l'inattention, et même l'insomnie sont les phénomènes primitifs. Comment se fait-il que l'acte volontaire, la perception attentive des faits présents et le sommeil disparaissent tandis que l'activité intellectuelle paraît se conserver et même se développer avec une telle exagération. C'est que cette activité intellectuelle

purement représentative ou abstraite, est une opération cérébrale très inférieure par rapport aux fonctions du réel : elle subsiste tandis que la volonté, l'attention, l'adaptation au réel ont disparu, quand il y a un abaissement de la tension nerveuse. L'exagération de cette fonction inférieure qui se substitue aux fonctions supérieures est un phénomène de dérivation analogue à ceux que nous avons observé dans l'émotivité ou dans les tics. Il y a probablement des raisons dans la constitution individuelle et dans l'éducation antérieure qui font que chez cette personne les dérivations prennent cette forme intellectuelle au lieu de la forme émotionnelle qui est plus banale.

La faiblesse de la tension nerveuse se manifeste chez cette malade depuis longtemps, il y a longtemps qu'elle est une neurasthénique. Elle a déjà présenté tous les troubles de la digestion ; une entérite muco-membraneuse grave l'a tourmentée pendant cinq ans ; des maux de tête, des fatigues pathologiques reviennent encore fréquemment. L'aboulie, l'aprosexie, la diminution des fonctions du réel ne sont qu'une forme de cet épuisement nerveux probablement héréditaire.

Nous ne sommes pas tout à fait désarmés en présence d'un état de ce genre dont le développement serait si dangereux. Il faut traiter de toutes manières son épuisement nerveux et il faut chercher à relever et à diriger l'activité mentale. La malade peut, plus qu'elle ne le croit, arrêter cette rêverie, non pas en luttant directement contre elle mais en s'efforçant de mieux employer les forces de son esprit. Elle peut prendre l'habitude de faire quelques actes réels, de maintenir quelque temps son attention. Nous sommes surpris des résultats que nous avons déjà obtenus en encourageant et en remontant la malade.

DEUXIÈME SECTION

LES MANIES DE L'OSCILLATION

Observations 118 et 119. — **Manie mentale de l'hésitation, de l'interrogation.** — *Antécédents héréditaires, hésitations artistiques, aboulie, scrupules.*

Nous réunissons ces deux malades qui présentent une certaine analogie. Ce sont deux types différents d'une même grande maladie mentale particulièrement intéressante quoique encore fort peu connue.

Malgré des variétés de détails ce sont deux *scrupuleuses* qui ont surtout la manie mentale de l'hésitation. Voyons la forme de la maladie chez chacune, puis nous pourrons établir quelques comparaisons.

Commençons par cette jeune fille de 26 ans, Tr..., sa mère paraît à peu près raisonnable quoiqu'elle ait eu après une couche une période d'énervement et de tristesse, peut-être un peu de confusion mentale. Le père était fortement alcoolique, en même temps original et bizarre, une de ses cousines serait morte dans un asile : donc, antécédents héréditaires assez nets : alcoolisme et névropathie.

Cependant une enfant, sœur aînée de la malade, s'est bien développée et est raisonnable. Celle-ci présenta dès son enfance des caractères particuliers. Elle était sombre, triste et paresseuse. On ne pouvait pas la dire dénuée d'intelligence, elle comprenait et retenait bien ce qu'elle avait une fois appris, mais il fallait la stimuler continuellement pour lui faire faire quelque chose.

Les règles viennent à 14 ans, d'abord irrégulièrement puis d'une manière plus nette, l'année suivante. Or dès l'âge de 15 ans, nous voyons apparaître des troubles de la conduite.

Tr... travaillait à un joli métier et faisait des fleurs en porcelaine. Il lui fallait donner avec le doigt une certaine courbure, un pli aux pétales. Elle commença à hésiter pour donner ce pli ; sans doute il y a là une petite œuvre artistique, c'est un peu une question de goût. Nous comprenons bien sans être du métier que

l'ouvrière cherche, tâtonne pour rendre ce pli élégant, mais tout est une question de mesure.

Celle-ci se représentait dans sa pensée deux ou trois formes qu'elle pourrait donner au pétale de rose, elle hésitait entre ces trois formes. Ses doigts avaient figuré la première, elle mettait le pétale fini sur la table. Puis elle se disait que la seconde forme aurait été préférable et elle reprenait le pétale pour le modifier. A ce moment elle n'était pas non plus satisfaite et le défaisait, pour revenir à la troisième forme ou à la première. Elle oscillait ainsi indéfiniment.

Ajoutons que dès le début l'hésitation présentait un caractère pathologique, elle était douloureuse. C'est d'ailleurs un trait commun à tous ces malades qui ne peuvent pas supporter l'attente, l'incertitude, le doute. Tr... était angoissée, elle ne pouvait plus respirer et elle avait envie de pleurer. Remarquons un petit détail, c'est que le souvenir de cette hésitation lui était également douloureux. Elle se reprochait d'avoir hésité et elle en souffrait. Ce trouble lui rendait le travail presque impossible, car elle ne faisait presque plus rien dans la journée. Cependant la maladie présenta des oscillations, elle diminua plutôt les années suivantes.

Grande rechute à l'âge de 20 ans, nouvelle hésitation pour faire ses fleurs, mais maintenant Tr... prend des manies: pour essayer de se rassurer elle-même elle veut reprendre le pétale un nombre de fois déterminé, trois, cinq, dix et elle compte le nombre des fois qu'elle l'a touché. Elle hésite sur ce compte et il faut tout recommencer. Vous comprenez que de cette façon on n'avance guère. Diminution apparente pendant encore quelques années et cette dernière année, à la suite d'un chagrin d'amour, augmentation énorme des symptômes.

Depuis quelques mois, la maladie s'est généralisée. Voici Tr... qui hésite pour tous les actes, pour se lever, pour s'asseoir sur une chaise, pour parler, pour manger, pour se coucher, etc... Elle n'est jamais certaine que l'acte soit bien fait, elle se demande s'il ne faut pas faire l'acte opposé et alors sans bien savoir pourquoi, mais au fond pour se rassurer, elle refait cet acte opposé, puis le premier, et cela trois fois ou même dix fois sans en être jamais satisfaite et toujours avec l'angoisse. Il faut la brusquer pour faire terminer certains actes: sans aide, elle n'arriverait jamais à se coucher.

On peut quelquefois constater cette oscillation d'une manière

presque expérimentale, en lui proposant simplement de s'asseoir sur une chaise. Elle s'asseoit, puis se lève, puis se rasseoit, puis se lève, et reste un instant debout. Ce manège s'arrête assez vite, si elle se sent regardée, mais si on l'observe à son insu, il dure quelquefois plus d'un quart d'heure. Quand il s'agit de prendrè un objet, ses mouvements alternatifs pour avancer le bras et pour le reculer déterminent un véritable tremblement qui pourrait faire illusion.

Cette oscillation si visible dans les actes et les mouvements existe encore plus dans les pensées, elle devient bien malheureuse quand elle a une petite résolution à prendre : ainsi dernièrement un parent lui a fait cadeau d'une petite somme qui devait être employée à acheter un objet de toilette. Elle est restée des journées entières assise sur une chaise sans pouvoir bouger, parce qu'elle cherchait quel devait être l'emploi de cet argent, elle oscillait indéfiniment entre deux ou trois achats possibles et elle n'a jamais pu parvenir à une décision.

Pour arriver à sortir de cette hésitation fatigante, elle supplie que quelqu'un décide pour elle et elle a pris l'habitude de consulter sa mère à propos de tout et de ne plus faire un pas si sa mère n'est pas derrière elle pour la pousser. Dès que sa mère s'éloigne, elle se désespère et elle a de véritables crises d'angoisse. Le besoin de direction, comme nous l'avons déjà observé á propos de l'agoraphobie, vient s'ajouter à la manie d'oscillation.

Vous remarquerez que ce cas est un peu plus complexe que les phénomènes de phobie déjà étudiés. A la suite de l'aboulie, de l'impuissance à agir, il n'y a pas seulement de l'angoisse avec troubles viscéraux, il y a une certaine agitation mentale, qui évoque les représentations opposées et détermine l'oscillation.

Passons maintenant à l'autre malade, Rob... Les parents semblent avoir été assez normaux, quoiqu'il faille noter que la mère fut asthmatique. Il faut aussi noter un détail curieux : c'est que les parents étaient vieux au moment de la naissance. Le père avait plus de 60 ans et la mère 41. On a souvent noté des dégénérescences chez les enfants de vieux. Cependant nous ne croyons pas que l'hérédité ait joué ici un grand rôle; la jeunesse fut normale, la puberté n'apporta aucun trouble, le caractère était seulement un peu nerveux, Rob... était susceptible et pleurait facilement, rien de bien net. La grossesse et l'accouchement qui sont souvent des

pierres de touche ont eu lieu à 26 ans, sans troubles. Les choses n'ont guère commencé qu'il y a deux ans à la suite d'une atteinte d'influenza.

Rob... tenait la caisse dans sa petite maison de commerce et elle devait rendre de la monnaie sur les pièces données par les clients, elle trouvait ce travail pénible, difficile : elle avait de la peine à faire les calculs nécessaires. Puis elle se mit à hésiter sur la somme à rendre : elle pensait à rendre une somme de monnaie et la tendait à l'acheteur ; mais immédiatement elle avait l'idée qu'elle rendait trop ou trop peu et qu'il s'agissait d'une autre somme. Voulait-elle donner cette nouvelle somme, l'esprit revenait à la première ; l'oscillation et l'hésitation devenaient interminables. Au début elle finissait, pressée par les circonstances, par se décider et rendait la somme d'une manière très juste ; mais l'oscillation continuait après l'action : « Il fallait rendre ceci, disait-elle, non j'ai eu raison de rendre cela,... non j'ai eu tort, il fallait rendre tel autre chiffre, etc., » l'oscillation s'accompagnait de calculs, d'efforts de mémoire et d'un assez grand travail intellectuel. Remarquons qu'il n'y a pas au fond un véritable sentiment d'erreur : on lui a offert maintes fois de faire une chose très simple, de se rendre à l'adresse du client et de lui demander s'il était satisfait de son compte. Elle s'y refuse absolument, sentant bien au fond qu'il n'y a pas d'erreur, mais ne pouvant cependant arrêter ce travail inutile de son esprit.

Quel a été le résultat de cette oscillation ? Elle a amené un résultat bien simple et très important sur lequel nous ne saurions trop insister. Rob... est devenue complètement incapable de rendre la monnaie et, en fait, elle ne la rend plus, puisqu'elle a renoncé à son métier de caissière. Le terme de ce trouble a été la suppression de l'acte, l'aboulie complète. Nous pouvons donc dire que dès le début il y avait diminution de l'acte, aboulie croissante. L'oscillation et l'agitation mentale ont été un phénomène accompagnant l'aboulie incomplète, accompagnant des efforts impuissants pour triompher de cette aboulie ; ce sont de nouveaux phénomènes de dérivation. Remarquez que chez cette malade comme chez la première, les actes qui ont été supprimés les premiers sont des actes de la profession. La maladie rentre donc dans les aboulies professionnelles, mais elle est compliquée par des dérivations angoissantes et surtout par des agitations intellectuelles.

Chez la seconde malade comme chez la première après la suppression des actes professionnels, l'aboulie s'est étendue. Rob... a commencé par ne plus pouvoir faire aucun commerce et la voici maintenant qui a des oscillations pour mettre une lettre à la poste, pour ouvrir une porte, pour faire son ménage. Il est vrai que les oscillations sont chez elles moins généralisées, moins longues que dans le cas précédent.

La différence la plus importante entre les deux malades se trouve dans leur âge. La maladie de la première a débuté nettement à la puberté et existait probablement en germe dès l'enfance. La maladie de la seconde n'est arrivée que tardivement à la suite d'une maladie infectieuse, l'influenza. Le pronostic est au fond bien meilleur pour la seconde que pour la première. Chez la jeune fille, il s'agit surtout d'un trouble général de la volonté, probablement constitutionnel : il sera probablement très difficile d'en modifier l'évolution.

Nos prévisions étaient un peu pessimistes ; actuellement, six mois après notre précédente leçon sur ces deux malades, elles sont toutes les deux à peu près guéries. La femme la plus âgée, comme nous l'espérions, a guéri complètement et elle a pu reprendre son service de caissière. La jeune fille n'est pas aussi heureuse et ne peut refaire un travail sérieux. Mais après quelques mois de séjour à l'hôpital, elle n'a plus d'hésitation visible dans les actes courants de la vie.

Observation 120. — **Manie de l'hésitation déterminée par le mariage.** — *Troubles neurasthéniques, aboulie, inquiétudes, hésitation pendant les fiançailles, difficulté de l'adaptation à une situation nouvelle.*

Nous avons souvent étudié ensemble l'année dernière les troubles de la volonté qui nous paraissent jouer un rôle capital dans la pathologie mentale. Les défauts de volonté, les aboulies se présentent d'abord comme symptômes accessoires dans la plupart des névroses et des psychoses et ils forment le symptôme prédominant chez une certaine catégorie de malades à un tel point que nous avons pu presque isoler le groupe des abouliques qui ont une histoire et une évolution assez spéciale. Nous avons

eu à étudier chez eux leur état pour ainsi dire habituel, l'état d'aboulie interparoxystique, ce que l'on peut comparer aux stigmates des hystériques en dehors des grandes périodes d'accident. Nous avons eu l'occasion d'étudier aussi certains paroxysmes qui se présentent au cours de la maladie par exemple, les idées fixes à la suite d'une impression vive, auxquelles ces malades sont très sujets. Nous voudrions vous présenter aujourd'hui un autre de ces accidents, de ces paroxysmes qui surviennent chez les abouliques dans des conditions bien spéciales, mais en même temps bien régulières. Le trouble de ce malade peut être considéré comme un type d'un paroxysme qui se présente toujours dans les mêmes conditions chez les névropathes faibles de volonté.

Cet homme de 54 ans, Dur..., robuste, intelligent et autrefois assez travailleur comme correcteur d'imprimerie est aujourd'hui tout à fait désemparé depuis cinq mois. Il présente au premier abord des troubles physiques : il paraît fatigué, il a constamment une langue très mauvaise ; d'ailleurs il digère très mal avec ces alternatives de constipation et de diarrhée qui sont caractéristiques. Il refuse de manger, il ne dort plus du tout, il souffre de la tête et se sent comme courbaturé. C'est ce que l'on peut appeler un état neurasthénique. Mais le mot est ici particulièrement vague parce que le malade présente en outre des troubles mentaux tout à fait spéciaux. Il est horriblement inquiet, il ne peut plus attendre le lendemain et croit « que la vie ne continuera pas comme cela ». Il a surtout des idées absolument obsédantes qu'il se répète jour et nuit. Il ne peut plus faire attention et devient de plus en plus incapable de travailler.

Ce qu'il est surtout important de noter, c'est le début et la raison de tous ces accidents. Cette raison est bien simple : il vient de se marier, un peu tard peut-être, mais dans des conditions qui n'auraient pas dû le désespérer. Sa femme plus jeune que lui, mais d'un âge assorti est, paraît-il, la meilleure des femmes ; elle est assez bien physiquement, elle est très bonne ; elle a fait d'ailleurs la conquête de toute la famille de son mari qui la trouve charmante. Lui-même convient qu'il n'a absolument rien à lui reprocher. Il y aurait quelque chose qui à notre avis pourrait ennuyer le mari, c'est qu'elle a quelques petits accidents nerveux mais il ne s'en préoccupe pas du tout et ne trouve pas là quelque chose de fâcheux qui explique une répulsion. D'ailleurs il n'a aucune répulsion, il l'aime même beaucoup, si vous voulez. Un

fait sur ce point est caractéristique : si on lui parle de se séparer d'elle, ou si on lui laisse entendre, comme nous l'avons fait, qu'elle pourrait bien avoir assez de lui et, au lieu de soigner sa neurasthénie avec dévouement comme elle le fait, qu'elle pourrait bien ne plus l'aimer et le quitter, il est épouvanté à cette pensée et supplie sa femme de ne jamais le quitter. Eh bien qu'y a-t-il donc dans ce mariage qui l'ait complètement troublé et qui l'ait rendu si malade depuis six mois? *C'est qu'il ne peut pas s'habituer à sa femme.*

Les fiançailles furent pénibles comme toujours. Il prétend que dès le premier jour il a eu une impression désagréable causée par le visage de sa femme. Ce visage est, comme nous l'avons dit et comme il le répète lui-même, plutôt agréable mais il lui trouva quelque chose de froid, de revêche, en un mot quelque chose qui l'impressionna désagréablement. Alors, nous direz-vous, il n'avait qu'à ne pas épouser cette femme. Il se garda bien de prendre une résolution aussi nette : les abouliques ne font pas ce qu'ils veulent, ils ne s'arrêtent pas plus qu'ils ne commencent. Un peu d'énergie ou d'habileté chez les beaux-parents et l'on fait d'un fiancé aboulique tout ce que l'on veut. Our... se dit qu'il rompra le lendemain, il se crut trop engagé pour pouvoir rompre le lendemain ; il espéra qu'il aurait le courage de rompre devant M. le Maire et en définitive il se trouve marié en étant toujours convaincu qu'il ne le serait pas. Puis la cérémonie faite, le voici en présence de ce visage qui a quelque chose de froid, de désagréable. En d'autres termes le voici en présence d'*une situation nouvelle* qu'il a laissée se former, en présence d'une décision à prendre qu'il n'a pas encore prise en réalité quoique le mariage soit accompli ; le voici en face d'une femme tout à l'heure étrangère avec qui il faut vivre désormais, le voici obligé d'organiser sa vie d'une manière un peu différente, etc., et il est totalement incapable de faire tous ces actes de volonté et d'acquérir toutes ces habitudes, c'est là ce qu'il veut dire quand il nous dit en gémissant : « Je ne peux pas m'accoutumer à ma femme. »

C'est là un gros fait bien intéressant pour le psychologue. Remarquez que l'intelligence de cet homme ne lui représente pas la situation comme mauvaise. Il voit que tout est bien, il s'effraye à la pensée que cela pourrait changer. Ce qu'il sent, sans s'en rendre compte, c'est que la situation est nouvelle et il ne

peut pas prendre son parti d'une situation nouvelle. Créer des habitudes, fonder des souvenirs, c'est le fait de l'attention, de même que l'aboulique présente une certaine amnésie pour les choses récentes, de même il présente un incapacité d'acquérir des habitudes récentes. Ce caractère est fréquent, il est normal chez le vieillard qui n'acquiert ni souvenirs nouveaux, ni habitudes nouvelles et qu'on tue en lui faisant changer ses habitudes ; ce caractère se retrouve exactement semblable chez l'aboulique qui a sur ce point une volonté de vieillard.

Cet homme est un nerveux, une de ses tantes a des idées fixes, son père était un névropathe, une sœur est une obsédée, lui-même fut toujours très émotionnable, s'excitant ou se déprimant pour un rien, voyant tout en beau avec exagération ou tout en noir pour le plus léger incident. Il a déjà eu à plusieurs reprises des crises d'obsessions à propos de la mort de ses parents, à propos d'une perte d'argent. Ce mariage à un âge avancé l'a bouleversé et a provoqué un paroxysme plus grave d'aboulie.

Loin de le séparer de sa femme, il faut le forcer à vivre avec elle et à s'habituer. On peut seulement conseiller quelques précautions pour changer le moins possible sa vie antérieure. Il faut surtout l'exciter à retourner à son travail, l'aider à fixer son attention sur autre chose. Enfin il faudrait si cela était possible prendre quelque influence sur lui et diriger son esprit. Il comprend assez bien et ces conseils moraux auront plus d'influence sur lui que les douches que nous lui administrons par surcroît.

Vous voyez que le mariage une fois fait, nous nous efforçons de maintenir cette union, parce que la séparation apporterait probablement plus de troubles encore. Mais si nous avions été consultés avant le mariage, notre réponse n'aurait probablement pas été la même. Ces crises d'aboulie et d'hésitation survenant pendant les fiançailles sont souvent très dangereuses. Il est bien rare que le bénéfice d'une pareille union soit assez considérable pour compenser ce danger. Le plus souvent il serait plus sage de rompre les fiançailles et de maintenir le malade dans une vie plus simple qui lui convient mieux.

TROISIÈME SECTION

LES MANIES DE L'AU DELA

Observation 121. — Manie de la précision et de la vérification. — *Parole intérieure.*

Cette pauvre femme, F..., âgée de 43 ans, est, paraît-il, bien insupportable quoiqu'elle ait les meilleures intentions du monde ; elle a une foule de manies qui rendent sa société très pénible ; elle éprouve le besoin de vérifier avec une précision invraisemblable tout ce qu'elle fait ou tout ce qu'elle pense : passe-t-elle près d'une personne, elle se retourne pour voir si elle l'a frôlée ou cognée, il faut qu'elle mesure l'espace qui la séparait de la personne. A-t-elle traversé une rue, il lui faut savoir si elle n'a pas cogné les naseaux des chevaux, elle voudrait le savoir et a envie d'interroger les cochers sur ce sujet. Si elle achète quelque chose, il faut que sa fille l'accompagne pour constater qu'elle a bien payé, qu'elle n'a rien volé. Il faut qu'elle jette dix fois un coup d'œil sur la pièce de monnaie avant de la remettre au marchand.

Ces manies mentales de précision et de vérification sont une forme de manie de l'au delà qui forme le grand mal des psychasthéniques. Nous les considérons plutôt, au moins dans ce cas, comme des tics, des manies à demi-volontaires en rapport avec le besoin de précision et de vérification dont souffre le malade. Ce sont des expressions toutes naturelles qui dérivent de leur sentiment d'incomplétude. Chez celle-ci les manies ont amené par leur développement un petit phénomène intéressant. F... a pris l'habitude de se nommer à elle-même intérieurement tous les objets auprès desquels elle passe et elle sent comme une voix qui lui dit : « C'est un pavé, c'est un arbre, c'est un tas d'ordures. » On cite souvent ces cas comme des exemples des hallucinations verbales du sens kinesthésique. Il faut hésiter avant d'y voir de véritables hallucinations. Ces paroles sont loin d'être aussi automatiques que le disent les malades.

Observation 122. — **Pseudo-hallucinations symboliques.** — *Obsession de la liberté, sentiment d'incomplétude.*

Ce jeune homme de 22 ans, Voz..., entre en nous disant qu'il est tourmenté par des hallucinations visuelles et ce mot détermine tout de suite notre intérêt. Voulez-vous nous expliquer quels sont ces spectacles qui vous tourmentent ?

« Le malade. — Ils sont assez nombreux, mais il y en a trois qui reviennent toujours les mêmes d'une façon très pénible. A chaque instant je vois s'élever un mur devant moi et je le reconnais bien, c'est le mur de la cour du lycée. Quand je marche, je vois quatre arbres qui m'environnent, deux par devant, deux par derrière, ils avancent avec moi, ce sont les quatre arbres de la cour du lycée. Enfin je vois très souvent devant moi des cordes, des chaînes qui me barrent le chemin et qui s'enroulent autour des quatre arbres précédents. »

Le contenu de ces hallucinations est bien singulier : d'ordinaire, une hallucination reproduit un spectacle émotionnant, mais le mur du lycée ou quatre marronniers constituent-ils un spectacle si impressionnant ? « Voyons, mon ami, les voyez-vous bien nettement ces images ? Par exemple, vous parlez de deux arbres derrière vous et vous dites les voir en même temps que les deux qui sont devant vous. Vous avez donc des yeux derrière la tête ?

Le malade, embarrassé. — Non, je ne vois pas ceux qui sont derrière moi, mais je sais qu'ils y sont.

— Et ce mur devant vous, vous le traversez donc continuellement quand vous marchez ? Comment avez-vous le courage de marcher droit contre un mur ?

Le malade. — Oh je ne le vois pas tout à fait comme un mur réel ; je sais que c'est le mur du lycée, mais il ne me gêne pas pour avancer ».

En un mot, ces hallucinations sont très loin d'être complètes : ce sont des idées, des images représentatives.

« Le malade. — Je le sais bien, ce qui me tourmente le plus, ce ne sont pas ces images, ce sont les pensées qu'elles représentent, l'idée de captivité, de dépendance qui me vient sans cesse à l'esprit, tandis que ce que j'aime par-dessus tout c'est la liberté. Il

n'y a que la liberté, c'est le bonheur suprême, j'y tends toujours de toutes mes forces et je n'y arrive jamais.

— Et pourquoi donc n'arrivez-vous pas à la liberté comme tout le monde?

Le malade. — Parce que je suis faible, que je n'ai pas de volonté, parce que j'ai peur de tout le monde ; je serais bien plus heureux si quelqu'un me dirigeait. »

Que de remarques nous devrions faire sur un cas de ce genre. Vous voyez la fausse hallucination qui n'est ici qu'une image symbolique en rapport avec une manie du symbole, une manie de la précision que vous connaissez bien chez les scrupuleux. Ce besoin d'indépendance est une chose très curieuse, c'est une vraie maladie chez beaucoup de jeunes gens, elle les pousse à la résistance, à l'entêtement, aux excentricités de toutes sortes. Nous venons de voir des jeunes filles qui perdent la tête, qui se livrent au premier venu, simplement pour se prouver à elles-mêmes leur indépendance. Ce besoin vient à notre avis d'un sentiment inverse, d'un sentiment de dépendance, d'absence de volonté, d'automatisme qu'ils ont perpétuellement. Cet amour de la liberté c'est comme l'amour du commandement chez les autoritaires, une marque de leur faiblesse fondamentale.

Voyez aussi comme ce garçon est curieux, comme il se contredit sans le sentir : il demande qu'on le soigne, il dit qu'il a besoin d'être étroitement dirigé, il voudrait qu'on lui fît constamment de la suggestion hypnotique et il ose prétendre qu'il n'est inspiré que par le désir de l'indépendance. Nous avons déjà vu que les autoritaires qui exigent tout d'une partie de leur famille sont presque toujours soumis comme des petits chiens à un individu quelconque ; il est de même de ces amants de la liberté.

Observation 123. — **Pseudo-hallucinations symboliques.** — *Scrupule et persécution.*

L'observation de ce malade, Rp..., âgé de 32 ans, serait intéressante pour nous à bien des points de vue. C'est un de ces cas intermédiaires entre le délire du scrupule et le délire de persécution qui peuvent servir à expliquer la genèse de la maladie de Lasègue.

Nous étions disposés à croire ces cas assez rares ; en réalité, ils

sont assez fréquents. Ce que nous voulons étudier spécialement chez lui, c'est l'hallucination ; cela nous fournira l'occasion de revenir sur un point de la théorie de l'hallucination que nous vous avons déjà signalé il y a peu de temps. Ce malade se plaint d'éprouver, ce qu'il appelle lui-même, notez l'expression, « des sortes d'hallucinations ». Très souvent il voit à la distance de cinq mètres devant lui un homme qui passe ; cet homme est souvent un personnage connu, le directeur d'une grande école. Cet individu qui lui apparaît a une attitude, une démarche, surtout une expression du visage très expressive et caractéristique : tantôt il passe à grands pas et lance vers le malade un regard courroucé ou méprisant, tantôt il passe lentement avec un visage souriant. En même temps le malade a d'autres hallucinations, il entend comme des voix à quelques mètres de distance. Ces voix disent « des rigolades », elles se moquent de lui et le traitent d'idiot. A d'autres moments, il sent un courant d'air dans le dos et se demande « quel est le misérable qui vient lui souffler dans le dos » ; ainsi il paraît avoir des hallucinations de tous les sens.

L'existence de ces hallucinations n'est pas une chose insignifiante : elle joue un grand rôle dans le diagnostic. Ainsi, comme il s'agit ici de délire de persécution, il est important de savoir si le malade a de vraies hallucinations, car de véritables hallucinations semblent caractériser ce délire. Il est facile de vous montrer que les hallucinations de ce malade ont des caractères tout spéciaux qui les distinguent des hallucinations proprement dites.

D'abord l'hallucination n'est jamais complète chez lui : nous disons que l'idée d'un objet est complète qnand tous les éléments, toutes les images qu'elle renferme se développent autant que possible. L'idée d'une fleur ou l'idée d'un chat contient d'une manière variable suivant les esprits un certain nombre d'éléments, la forme du chat, ses yeux, ses oreilles, sa queue, ses poils, sa couleur, son cri, le contact que donne sa fourrure, sa chaleur, etc. Quand l'idée se développe complètement, tous ces éléments se présentent avec leur maximum de netteté. Vous vous rappelez cette hystérique qui non seulement voyait et entendait son amant, mais qui sentait le frôlement des poils de sa moustache sur sa figure. Ici, chez notre malade Rp... l'image est tout à fait incomplète : le personnage qui passe est terne, de couleur vague, jamais le malade n'a senti son contact.

Le développement complet de l'idée amène un second carac-

tère, la certitude. Ici, le malade n'est évidemment jamais certain, il dit lui-même que ce sont « des sortes d'hallucinations ». Quoiqu'il n'ait pas le courage de bien regarder, il sent, dit-il, que c'est « une irréalité », il suffit d'insister un peu pour qu'il avoue que ce n'est pas un objet du monde extérieur, donc pas de certitude.

Troisième caractère intéressant : le contenu ordinaire des vraies hallucinations est la reproduction d'un souvenir et rien de plus. Une hystérique a vu la tête de son père sur son lit de mort, elle la revoit encore, l'hallucination reproduit la tête du père et rien de plus ; l'hallucination de l'alcoolique reproduit un rat et ce n'est qu'un rat. Dans le cas de notre malade, les choses sont au fond plus compliquées. Il ne faut pas accepter sans insister cette déclaration bizarre qu'il voit un homme passer. Singulière idée de se borner à voir un homme qui passe : pourquoi ce fait banal d'un homme qui passe devant lui devient-il hallucination ? Il a lui-même la réponse : ce passage a une signification. Ce malade est extrêmement superstitieux, il a la croyance, nous dirions plus, la manie des présages. Il se dit en lui-même : « Si M. un tel passe devant moi avec un visage courroucé, cela aura telle signification. » Et il attend avec émotion le présage. Le présage finit-il par venir, c'est-à-dire, voit-il réellement l'homme passer avec un visage courroucé ? Ce n'est pas très sûr, car le plus souvent il n'ose même pas regarder, mais il pense que l'homme a passé ; quelquefois il le voit à moitié. L'important, vous le remarquez, c'est que l'hallucination est un symbole qui résume et exprime toute une série d'interrogations et de doutes relatifs aux présages. Vous avez vu bien des exemples de ces hallucinations symboliques : la jeune fille qui, l'année dernière, demandait au ciel si elle devait oui ou non se faire religieuse, cherchait à voir dans le ciel des croix ou des figures de saints qui auraient été une réponse à la question ; le jeune homme que nous avons vu dernièrement obsédé par la pensée de limite, de captivité, voyait constamment devant lui le mur du collège, etc.

Ces trois caractères, représentation incomplète, sans conviction, avec contenu symbolique déterminent un groupe bien spécial d'hallucinations qu'il ne faut pas confondre avec les autres. Un auteur allemand, Kandinski, les appelait des *pseudo-hallucinations,* autrefois Baillarger les appelait des *hallucinations psychiques*. Il faut savoir les reconnaître, car elles sont presque

caractéristiques d'un état mental particulier : celui du douteur, du scrupuleux. C'est ce qui arrive dans le cas présent. Nous n'insistons pas sur l'esprit inquiet, hésitant, scrupuleux du malade. Il sent une gêne dans toutes ses pensées, cette gêne l'empêche de faire attention, de travailler. Son premier mot en entrant était de dire : « Je sens une dépression de ma volonté. » Malheureusement, il ne se borne pas à être aboulique, il cherche à interpréter. Alors interviennent toutes sortes de rêves : c'est la faute de ses parents qui l'ont opprimé depuis son enfance, ou plutôt il n'est pas le fils de ceux qu'il croyait ses parents, la famille de sa mère contient des Juifs puissants qui ont « la patte sur lui ». Qu'y a-t-il de vrai dans tout cela ? Il est probable que, comme un de nos anciens malades, il confond les souvenirs et les rêves : c'est dans ces interprétations que commence le délire de persécution.

Un délire de persécution ainsi constitué n'est pas encore définitif, et c'est ici qu'une sorte d'éducation de l'attention peut avoir une influence très heureuse sur l'évolution de la maladie.

Observation 124. — **Manie de précision et de répétition.** — *Aboulie.*

Voici une manie banale qui survient très souvent au cours des aboulies. Ce garçon, Ce..., âgé de 21 ans, est employé comme comptable dans une grande fabrique depuis l'âge de 15 ans, on a toujours été très content de lui. Il y a six mois, il a été bouleversé parce que le tonnerre est tombé sur l'usine assez près de lui et voici que depuis ce moment il devient peu à peu incapable de faire son métier. On a remarqué qu'il mettait de plus en plus de lenteur dans son travail, qu'il dépensait des heures à terminer une facture, et qu'il employait un après-midi à ouvrir un tiroir. « C'est, dit-il, qu'il a besoin de faire attention à ce qu'il fait. » Il vérifie, en effet, ses actions, il cherche à se représenter dans l'imagination la première phase de l'acte avant de passer à la suivante, il recherche constamment comment il a marché, comment il a passé par un endroit, comment il a touché la clé de la caisse, etc. Il va jusqu'à se demander de quelle manière il a pris son mouchoir dans sa poche et quand il ne retrouve pas avec précision le souvenir de cet acte, il faut qu'il le répète avant de passer à un autre et ainsi indéfiniment. Il a parfaitement con-

science du ridicule de ses vérifications et de ses répétitions, mais il ne peut s'empêcher de les faire.

Cela a commencé, dit-il, par une inquiétude, un sentiment que l'action était mal faite, d'une manière incomplète. La vérification et la répétition ne sont que des dérivations inspirées tout naturellement par ce sentiment de méfiance au cours d'une aboulie professionnelle.

Observations 125, 126, 127, 128. — **Manies des précautions.** — *Phobies du contact, lavage des mains, manie de propreté, aboulie.*

Quand nous avons étudié ensemble les phobies, nous avons pu réunir devant vous plusieurs malades présentant la phobie la plus fréquente, l'agoraphobie ; maintenant que nous abordons l'étude des manies mentales nous rencontrons également une manie beaucoup plus fréquente que les autres dont nous pouvons vous présenter simultanément plusieurs exemples ; il s'agit des manies de précaution, surtout des manies de propreté. Nous voulons vous parler de ces malades qui ont la manie bien connue de se laver perpétuellement les mains dès qu'ils ont touché le moindre objet et qui en arrivent à ne plus faire d'autre action dans la journée que ce lavage perpétuel. Bien que ces quatre malades aient tous la même manie et présentent bien des traits communs, elles se distinguent cependant les unes des autres par quelques détails dans l'évolution de leur maladie. De même que l'agoraphobie peut provenir de troubles très divers, la manie de se laver les mains se rattache à des sentiments qui ne sont pas toujours les mêmes.

Cette jeune fille de 25 ans, Cph..., n'a comme antécédents héréditaires que des arthritiques, son père et son oncle sont atteints de rhumatisme chronique et d'eczéma ; depuis longtemps elle est moralement affaiblie, probablement depuis la puberté, elle ne pouvait fixer l'attention et se plaignait de ne peuvoir lire parce qu'elle avait toujours deux idées à la fois. Elle était très lente dans tout ce qu'elle faisait, et passait déjà des heures à sa toilette. Déjà depuis quelques années, elle commençait quelques manies en particulier la manie de répétition ; se sentant dans un état d'inquiétude perpétuelle, n'étant jamais décidée à un acte, ni satisfaite de cet acte, elle le faisait très lentement et le recommençait indéfiniment.

Un petit incident vint changer légèrement la nature de ses manies. Son professeur de piano fut, paraît-il, atteint d'eczéma aux mains, et cette maladie impressionna la jeune fille d'autant plus qu'elle la connaissait pour l'avoir vue dans sa famille. La dérivation mentale qui avait une tendance à se faire vers les répétitions d'actes quelconques se fit vers la pensée des précautions à prendre pour éviter l'eczéma. Au lieu de répéter une action, elle allait après l'action se laver les mains : elle le fit d'abord tout naturellement après l'étude du piano, puis après les repas, puis après avoir touché un objet quelconque. Actuellement elle veut se laver les mains entre chaque partie de sa toilette, après avoir mis un bas, puis après avoir mis son jupon. Aussi lui faut-il quatre heures le matin pour s'habiller ; la même comédie recommence dans la journée pour mettre un chapeau ou une voilette et, pour éviter ce lavage des mains qu'on lui reproche, elle préfère ne rien toucher, c'est-à-dire ne rien faire. L'aboulie semble survenir à la fin et être causée par la manie.

Vous savez notre opinion sur ce point, cette aboulie qui se manifeste à la fin n'est qu'une exagération du même trouble qui existait déjà au commencement. Cette crainte du contact n'intéresse en somme le contact que d'une manière accessoire, parce que dans tout acte il y a un contact, c'est primitivement une impuissance de l'acte. La manie de propreté n'a été qu'un substitut de la manie de répétition qui constituait déjà une dérivation à la suite d'une aboulie primitive.

Cette seconde malade, Rbn..., femme de 27 ans, est la fille d'un alcoolique ; elle a déjà eu des troubles psychasthéniques. A 17 ans, elle a eu la manie de la répétition à propos de son métier, le début par l'aboulie professionnelle est très fréquent. Elle était domestique et devait laver la vaisselle, elle n'était jamais sûre que la vaisselle fût bien lavée et passait des nuits à répéter cette opération. Plus tard, elle a eu la phobie du poison, enfin, il y a deux ans, elle perdit un petit neveu qu'elle aimait beaucoup et qui succomba à une méningite. Il en résulta un état d'émotivité, une impuissance encore plus grande à se décider, et une préoccupation perpétuelle de la méningite, des maladies contagieuses de la mort. Actuellement toute action lui paraît difficile ; elle ne peut parvenir à l'accomplir complètement, car la pensée de la maladie surgit, il lui vient des réflexions sur les

précautions à prendre et elle se hâte d'aller se laver les mains. C'est ainsi qu'elle ne peut plus coudre ni faire le ménage, car, après chaque point ou après chaque meuble touché, il lui faut se lever pour aller se laver les mains.

Cette autre femme, âgée de 28 ans, Bab..., n'est pas tout à fait semblable aux précédentes en ce sens qu'elle ne se borne pas à se laver les mains, elle a la manie de la propreté générale de son intérieur : nuit et jour, il faut qu'elle lave et qu'elle frotte les meubles ou le parquet. Elle lave tout, puis elle lave ses mains et elle recommence ainsi sans interruption. Remarquez que cette malade comme les précédentes, d'ailleurs, n'a pas d'angoisse quand elle satisfait à sa manie. Il ne faut pas considérer l'angoisse comme un trouble fondamental qui existe dans toutes ces formes de psychasthénie, c'est une dérivation viscérale fréquente sans doute, mais qui n'est pas indispensable. Dans les vraies ruminations mentales, quand le malade s'abandonne à ses oscillations, à ses interrogations, à ses précautions de propreté, toute la dérivation reste intellectuelle, et il n'a pas d'agitation ni d'angoisse. Cette femme nous apporte une vérification curieuse de ce fait, elle ne souffre, dit-elle, que s'il lui faut arrêter sa manie. Son mari se permet d'entrer sur le plancher bien ciré avec de gros souliers, elle ne veut pas lui faire de reproches, mais elle se précipite derrière lui avec un chiffon pour essuyer : « Il faut que cela reluise, il faut que cela reluise. » Mais le mari insiste pour qu'elle s'arrête et s'asseoie près de lui, elle veut lui faire plaisir et « par un effort surhumain, elle suspend son récurage ». La voici maintenant qui étouffe, qui est toute en sueur, qui sent son cœur battre et qui a des étourdissement à tomber par terre. L'angoisse vient ici par suppression de la dérivation ordinaire qui était la manie de laver.

Remarquons, en passant, qu'elle a eu des convulsions d'enfance, des tics et des accès convulsifs dans lesquels elle se mordait la langue. Tout cela a disparu depuis la manie actuelle.

Cette dernière malade, Chu..., femme de 36 ans présente une maladie un peu plus complexe. Elle mêle une phobie avec la manie de propreté : non seulement, elle se lave tout le temps les mains, mais elle donne une explication de cet acte bizarre : c'est qu'elle a peur « des miettes de graisse ». Elle ne redoute pas les grosses

taches, mais les petites taches minuscules, les miettes de graisse qui pourraient sauter sur elle. Cette expression est intéressante, vous remarquerez que beaucoup de ces malades vous parlent ainsi *de petites choses*. Les miettes de graisse, les épingles, les allumettes, les rognures d'ongle reviennent beaucoup plus souvent dans leurs histoires que les grosses taches et les gros dangers. C'est là une conséquence d'une disposition spéciale de leur esprit, de toutes ces manies de la précision et de la vérification qui les portent, comme on dit, à rechercher la petite bête.

L'évolution des symptômes n'est pas ici sans intérêt. La dégénérescence héréditaire est plus nette, la mère était déjà inquiète et phobique, le père était un bizarre, n'achevant jamais ce qu'il commençait. La malade a eu des manies mentales depuis l'âge de douze ans : il lui fallait ranger les armoires de ses poupées dix fois de suite, sans arriver à être satisfaite. Mais la maladie actuelle fut surtout déterminée par une opération grave que dut subir le mari. Cette émotion la troubla : « Depuis ce moment, tout me déplaît, je ne prends plus de plaisir à rien, je reste immobile, les bras croisés, pendant des heures, je n'ai plus le courage de m'habiller, je ne change même pas de chemise. » Dites-nous un peu un détail qui nous intéresse, est-ce que vous restiez déjà sans changer de linge, sans vouloir vous habiller avant de penser aux miettes de graisse ?

La malade. — Bien sûr, je suis restée ainsi plus de trois mois, car je suis devenue paresseuse pour m'habiller aussitôt après l'inquiétude que m'avait causée l'opération de mon mari, tandis que la crainte des miettes de graisse n'est arrivée que trois mois après à propos de ce dîner où l'on voulait me faire aller en robe de soie. Je n'avais pas le courage de m'habiller et il m'est venu à l'idée que si je mettais ma robe de soie, les domestiques pourraient m'éclabousser de miettes de graisse. »

Voyez par ce détail que la forme de la manie est postérieure à la maladie elle-même et qu'elle survient comme une sorte de justification que la malade imagine et qu'elle conserve à cause de la paresse de son esprit. Remarquez aussi que la conclusion de la maladie se rapproche du commencement : après avoir lutté contre les miettes de graisse en se lavant perpétuellement, la malade ne veut plus s'habiller ni toucher à rien, ni même bouger ; elle finit par de l'inertie, ainsi qu'elle a commencé par de l'aboulie.

Il n'est pas facile de traiter ce genre de malades, nous ne pouvons que vous indiquer une direction générale : on peut diminuer les manies comme les angoisses par le bromure, on peut rassurer les malades sur les dangers qu'ils imaginent. L'essentiel, c'est toujours le traitement de cette aboulie fondamentale : sans se préoccuper trop de leur manie particulière, il faut avant tout arriver à leur faire faire des actes. C'est en les dressant à l'action, à l'attention complète que l'on fera disparaître les manies secondaires.

Observation 129. — **Manies des précautions et de la précision.** — *Phobie des épingles, inquiétude, traitement.*

Dans cette revue des troubles psychasthéniques, il faut vous montrer au moins un cas de cette crainte si banale que l'on appelle la phobie des épingles et qui se rencontre si fréquemment chez les jeunes femmes au début du délire du scrupule. Quoique cette maladie soit appelée communément une phobie, la *bélénophobie*, nous la considérons plutôt comme une manie mentale se rattachant aux manies de la précision aux manies de la précaution, à la micromanie qui en dépend. C'est pourquoi nous vous présentons cette jeune fille de 20 ans, Zo..., après des malades qui ont des manies mentales.

La mère de cette jeune fille était déjà une émotive, une craintive qui s'effrayait de tout et de rien. Mais à l'influence de l'hérédité, se sont ajoutées évidemment les influences débilitantes de longues maladies. A l'âge de douze ans, Zo... eut une fièvre typhoïde grave dont elle se rétablissait difficilement, quand elle fut atteinte d'une pleurésie purulente de nature tuberculeuse. Il fallut lui faire l'opération de la résection des côtes et l'envoyer au bord de la mer à Berck : il y eut deux ans de suppuration. Il est tout naturel qu'une semblable maladie ait amené un très grand épuisement physique et moral. Quand elle rentra chez ses parents, on trouva que son caractère était complètement changé. Elle était paresseuse, lente dans ses mouvements, toujours indécise et inquiète. Sur ces entrefaites, survint la mort de sa grand'mère, atteinte d'une maladie de cœur, ce qui l'affligea profondément. C'est à ce moment que l'on s'aperçut d'une quantité de petites manies bizarres dont elle dut donner l'explication. Elle refusait

complètement de mettre les pieds dans la cuisine, elle refusait de s'approcher d'une personne ayant le dos tourné, et voulait toujours être devant les personnes. Elle mangeait avec une lenteur invraisemblable, mâchant dix fois un petit morceau avant de l'avaler. Dans la rue, elle prenait en horreur les boutiques qui ont des étalages à leur porte, et surtout celles des crémiers ; il fallait traverser la rue et faire de grands détours pour éviter de passer auprès des boîtes de lait, enfin elle passait son temps à compter les épingles qu'elle rencontrait. Quand il fallut s'expliquer, elle finit par avouer à ses parents très surpris qu'elle avait peur des épingles, peur de mettre des épingles dans la soupe, de trouver des épingles dans ce qu'elle mangeait, peur de piquer des épingles dans le dos des gens ou de les jeter dans les boîtes au lait, etc. Cette belle déclaration fut faite à peu près à l'âge de dix-sept ans, et depuis ce moment, pendant trois ans, la maladie subit sans doute quelques oscillations, mais ne disparut jamais. En ce moment, il y a plutôt une grave recrudescence, les précautions contre les épingles ont augmenté, et la plupart des actes sont gênés et presque impossibles.

Actuellement, il y a beaucoup plus de tics et de manies : la malade crachotte par terre, fait un petit « hem hem » continuel pour expulser les épingles, elle ne peut plus marcher dans les rues, ni s'approcher de personne, elle compte tout bas perpétuellement ; en un mot, la plupart des actes sont gênés, réduits ou impossibles. Nous nous retrouvons toujours à ce propos en présence de la même difficulté : est-ce, comme la malade le prétend, l'idée des épingles qui rend ainsi tous les actes difficiles ou est-ce la difficulté des actes qui fait naître l'idée des épingles ? Vous savez déjà notre opinion à ce sujet, et ce cas ne fait que la confirmer.

Malgré la prédominance de la crainte des épingles, cette jeune fille a une foule de troubles dans lesquels les épingles n'ont rien à voir. Elle se préoccupe de la mort et elle a des superstitions et des manies de présage. Toutes les années et tous les mois de l'année il y a des dates fatales qu'elle redoute et auxquelles elle craint de mourir. Elle prend des précautions pour ne pas bouger ces jours-là, et voici des actes qui sont arrêtés sans que cette fois les épingles y soient pour rien. Elle est inquiète de ses paroles et croit qu'elle est sans cesse exposée à dire des choses qu'il vaudrait mieux garder pour elle, ainsi elle a peur de faire de

la peine aux vieilles gens, en leur rappelant leur âge et la mort prochaine, elle a peur de livrer dans la conversation les secrets de la famille, aussi, dès qu'elle a dit quelques mots, se croit-elle obligée de repasser dans son esprit cette conversation et de vérifier chacune de ses paroles pour voir si elles ne sont pas répréhensibles. Elle éprouve aussi le besoin de faire des vœux et des serments à propos de tous les actes, nous reverrons ce besoin jouer un rôle beaucoup plus important chez d'autres malades; remarquons seulement, à propos de celle-ci, qu'il semble encore troubler les actions, car elle se demande sans cesse si elle n'a pas juré de faire l'action contraire.

Vous voyez donc qu'il y a bien d'autres phénomènes qui semblent de la même manière troubler les actes. Si au lieu d'interroger la malade, on se borne à l'observer, on verra qu'il y a en plus un très grand nombre d'actes qui sont troublés ou supprimés sans que la malade, malgré son ingéniosité, ait trouvé aucune raison dans son esprit qui justifie ce trouble. Elle est paresseuse et ne parvient pas à se lever le matin. Si on cause avec elle, on observe qu'elle ne peut pas suivre une idée plus de quelques instants, et que son esprit dévie immédiatement. Ainsi, sachant la date d'aujourd'hui mardi, elle avait besoin de trouver quelle serait la date du mercredi de la semaine prochaine ; avec beaucoup de bonne volonté, elle comptait sur ses doigts, mais elle n'a jamais pu parvenir au bout de son petit calcul, elle s'embrouillait toujours à partir du troisième ou du quatrième jour, et se mettait à parler d'autre chose, puis elle se souvenait qu'elle cherchait cette date et recommençait; après dix essais, elle n'y est pas parvenue. Nous ne contestons pas que la manie des épingles, une fois bien constituée ne contribue à gêner certains actes, nous disons simplement qu'il y a une énorme faiblesse de volonté et d'attention en rapport avec l'épuisement nerveux et que cette faiblesse est antérieure à toutes ces manies.

Il y a eu chez elle, depuis le début, des dérivations de toutes sortes; l'émotion qui était, paraît-il, plus grande dans sa jeunesse, s'ajoutait souvent à la difficulté de l'action. Elle a surtout pris l'habitude des dérivations mentales, des réflexions que l'on fait d'une manière interminable au lieu d'agir. Cette émotivité, cette inquiétude, ce besoin de réflexion, ont donné naissance à des manies de précision et de précaution qui ont tourné l'esprit vers la préoccupation des petites choses, des petits dangers; de là à recher-

cher les paroles qu'elle pouvait laisser échapper, les épingles qu'elle laissait tomber, il n'y a qu'un pas, et chez ce genre d'esprits qui aiment les symboles, les épingles sont devenues l'emblème des précautions. Nous aimons mieux croire à cette genèse lente des manies suivant les lois générales propres à ce genre d'esprits, plutôt que de les rattacher à des accidents subits qui auraient suggéré ces craintes spéciales.

Nous désirons vous représenter cette petite malade autrefois terrifiée par les épingles, et qui, depuis un an, est complètement transformée afin de vous rappeler le traitement que nous lui avons fait subir. Ne parlons pas du régime sur lequel nous avons déjà souvent attiré votre attention. Nous avons, bien entendu, usé de tous les toniques chez une malade aussi affaiblie. Remarquons seulement que l'analyse des urines nous a conduit à essayer chez elle l'acide phosphorique qui semble avoir eu d'excellents résultats :

	CHEZ LA MALADE	NORMALE
La densité des urines était de. . .	1034,8	1017,8
L'acidité totale par litre en SO^4H de.	0,948	0,849
L'acide phosphorique en PO^5 de. . .	4 »	2,083
Le rapport à l'excédent de densité de l'acidité de.	2,71	4,55
De l'acide phosphorique de. . . .	11,46	11,17

En somme hypoacidité prononcée avec oligurie très accentuée. Nous avons voulu essayer suivant le conseil de M. Joulie, la potion suivante :

Acide phosphorique officinal.	17 gr.
Phosphate de soude.	30
Eau distillée.	250

dont elle prenait d'abord deux, puis quatre, puis six cuillerées à café par jour. Nous constatons qu'elle a engraissé de cinq livres en deux mois, qu'elle digère beaucoup mieux, et qu'elle a un aspect tout différent. Il faut se garder de faire de ce médicament une panacée, et il y a beaucoup de nos malades qui n'en ont tiré aucun profit, mais il nous paraît bon de l'essayer dans certains cas et ici il semble bien avoir rendu service.

Nous avons pu recourir ici à un traitement moral que la malade réclamait : elle avait grande confiance dans la suggestion hypnotique et voulait être guérie par ce procédé. D'autre part, nous étions désireux de connaître les effets des pratiques hypnotiques sur ce genre de malades. Aussi, selon son désir, a-t-elle été soumise à un traitement hypnotique consistant en une séance assez longue de près d'une heure chaque semaine pendant plusieurs mois. Il faut constater tout d'abord que malgré cet effort et cette patience considérable elle ne s'est jamais endormie réellement : jamais elle n'a présenté les phénomènes caractéristiques du somnambulisme et de la suggestion tels qu'on les obtient si facilement sur des hystériques. Ce cas confirme encore la distinction que nous avons toujours établie entre ces psychasthéniques et les hystériques.

Nous pensons cependant que ces séances d'un hypnotisme tout à fait rudimentaire nous ont été extrêmement utiles. Comme la malade avait une certaine confiance dans ce procédé, ces séances nous ont permis d'obtenir d'elle une foule d'efforts moraux qu'elle n'aurait jamais consenti à faire autrement. Nous lui avons fait pousser à leur terme toutes les actions sous prétexte d'obéir à des suggestions ; nous avons exigé de grands efforts d'attention pour toutes les sensations, pour tous les souvenirs, pour les émotions, les sentiments et les idées. En un mot, nous avons cherché à la dresser à l'activité sans trop nous préoccuper des épingles et des serments. Au bout de quatre mois, les progrès ont été considérables, et ce qui arrive rarement, la malade a pu continuer ses efforts sans avoir besoin constamment de subir notre influence, il y a maintenant cinq mois qu'elle n'est plus revenue, qu'elle a continué ses efforts et son travail, et cependant les anciennes préoccupations n'ont pas réapparu.

Observation 130. — **Manie de la recherche.** — *Onomatomanie, amnésie passagère, inquiétude.*

Cette femme, Hg..., âgée de 50 ans, nous présente un symptôme un peu plus rare. Il y a plus de deux ans que nous n'avons eu l'occasion d'examiner un cas semblable. Il s'agit d'une forme de manie assez spéciale dont le mécanisme n'est pas très clair : c'est la manie de l'interrogation que Griesinger décrivait déjà en 1848

sous le nom de Grübelsucht et qui a été plus ou moins confondue avec différentes formes de l'angoisse. Cette femme est poussée à chercher constamment dans sa mémoire certains mots, en particulier les noms des personnes auxquelles elle pense ou dont la pensée lui est suggérée par des ressemblances. Remarque-t-elle une figure en passant, il faut qu'elle trouve le nom de la personne qui ressemble à ce passant, qu'elle puisse se dire ce que cette personne fait, où elle l'a rencontrée, etc. Les interrogations peuvent varier un peu, elles sont toujours du même genre.

Pendant que Hg... se pose ces questions, le souvenir ne revient à son esprit que d'une manière incomplète : elle voit la figure de la personne sans trouver son nom, ou bien elle ne peut prononcer qu'une partie du nom, ou bien elle ne retrouve pas si cette personne est brune ou blonde, etc. Ce caractère incomplet du souvenir et la recherche qui en résulte agitent énormément la malade, déterminent surtout une angoisse épouvantable dont vous voyez la trace dans son attitude désespérée : elle souffre tant qu'elle a constamment à ce moment des idées de suicide. Si elle retrouve le nom, ou si quelqu'un le lui souffle, elle est immédiatement soulagée, mais elle conserve la terreur de cette angoisse et la peur qu'elle ne recommence à propos d'une nouvelle recherche. Cette préoccupation bien entendu ne tarde pas à ramener la même question et les souffrances recommencent.

Vous reconnaissez les cas célèbres qui ont été décrits par Charcot et Magnan [1] sous le nom d'onomatomanie. Parmi ces observations la plus remarquable est celle du malade qui recherche toute la nuit le nom d'une petite fille dont il a lu l'histoire dans le journal et qui est tombée dans l'égout. Le tourment est épouvantable jusqu'à ce qu'on ait pu lui trouver un journal où il lit ce nom : « Georgette ».

Le terme d'onomatomanie dont se servaient Charcot et Magnan pour désigner un pareil trouble n'est peut-être pas très juste, car la maladie ne porte pas uniquement sur les mots et sur le langage. Il y a des recherches angoissantes à propos des images visuelles ou des images auditives. Vous avez vu, il y a quelques mois, cette femme qui après la mort de son mari prétendait en avoir oublié la figure et était poussée à rechercher

1. Charcot et Magnan, L'onomatomanie, *Archives de Neurologie,* septembre 1885.

cette figure avec angoisse. Ce trouble serait plutôt une maladie de la mémoire qu'une maladie du langage et encore, même si on admet qu'il s'agit de la mémoire, il faut bien se rendre compte du point sur lequel porte le trouble. Il n'y a pas ici amnésie véritable : l'amnésie complète laisse les malades plus calmes ; ils ne se préoccupent plus d'une chose absolument effacée. C'est ce que Charcot avait remarqué à propos de la paralysie hystérique : le malade traîne son membre comme s'il n'existait pas, il ne cherche pas à en retrouver la sensation ni la mémoire. Puisque cette malade recherche quelque chose c'est qu'elle se souvient en partie. D'ailleurs lorsqu'on lui dit le nom elle le reconnaît et la reconnaissance montre encore que le souvenir existait.

Ce qui est troublé c'est donc une phase particulière du souvenir : l'évocation. Cette évocation se fait mal, car les malades, tout en prétendant qu'ils cherchent énormément, ne savent plus s'y prendre pour retrouver ce qu'ils cherchent. Pour évoquer, il faut diriger l'attention successivement sur différentes catégories de souvenirs, afin que par le mécanisme de l'association l'un d'eux puisse ramener le souvenir cherché. Or, ces malades n'évoquent pas parce qu'ils ont une sorte de crampe de l'attention toujours fixée sur un même détail qui n'est pas suffisamment associé avec le souvenir, et ils ne sont pas libres de la diriger ailleurs. Supposons que nous cherchions un nom propre et que pour le trouver nous nous répétions indéfiniment : ce nom doit commencer par Ca, essayant en vain d'évoquer tous les noms commençant par Ca. Comme en réalité le mot commence par Me, l'obstination de l'attention sur une erreur initiale nous empêchera de trouver jamais un souvenir que nous possédons cependant. C'est là une partie de leur maladie : *amnésie passagère d'évocation due à une fixité maladive de l'attention,* à une impuissance de la diriger. Et c'est pourquoi un auteur, M. Séglas, qui range encore cette affection dans les troubles du langage, l'appelle assez justement *une amnésie paroxystique* [1].

Mais il me semble que ce n'est pas tout, car ces malades devraient avoir le calme de ceux qui ont des amnésies partielles ; ils auraient un oubli d'évocation et voilà tout. Et cependant ils n'ont pas du tout l'attitude qu'on observe dans les aphasies amnésiques [2] qui

1. J. Séglas, *les Troubles du langage chez les aliénés,* 1896, p. 100.
2. Pitres, *Leçons sur les aphasies amnésiques,* 1898.

sont aussi des amnésies partielles d'évocation. Il y a quelque chose de plus, non seulement les malades évoquent mal, mais ils sont poussés à évoquer perpétuellement. En plus de l'amnésie d'évocation il y a impulsion à l'évocation : ce ne sont donc pas uniquement des obsédés, ce sont des impulsifs. Ce détail est intéressant au point de vue psychologique, car il nous montre que l'évocation est un acte et qu'il peut y avoir des impulsions pour cet acte comme des impulsions pour le vol ou l'incendie.

Nous pouvons chercher, maintenant que nous avons compris le symptôme, comment il s'est produit chez cette pauvre femme. L'origine de ces impulsions bizarres est toujours délicate à comprendre. Il faudrait étudier en détail toute la vie de ces malades. Nous sommes forcés dans le cas présent de nous guider par des suppositions vraisemblables. Nous ne voyons rien de bien net chez les parents, mais nous savons qu'une sœur est morte à l'asile de Villejuif. Cette femme Hg... sans être malade a toujours été très émotive. Il est intéressant d'observer qu'il n'y a eu ni crises de nerfs, ni idées fixes avant ces quatre dernières années.

Tout a commencé quand les règles se sont écartées, c'est-à-dire au début de la ménopause, de même que souvent ces obsessions commencent à la puberté. A ce moment, nous remarquons différents incidents qui peuvent avoir joué un rôle dans cette recherche curieuse. D'abord son mari se conduisait mal, elle fut jalouse et se mit à l'épier. Elle croyait le reconnaître dans la rue et s'interrogeait déjà sur les ressemblances du figure. Cette première obsession de jalousie se guérit assez bien.

Une seconde circonstance est plus bizarre : on bâtit un mur dans la cour de sa maison en face de la fenêtre de sa cuisine et cela lui cacha en grande partie la vue de la cour en face. De là, chez une bonne dame curieuse, un grand ennui : entendre du bruit derrière le mur sans savoir ce que l'on faisait, vous comprenez que c'est intolérable. Différents détails de même genre l'ont amenée à rechercher pour satisfaire sa curiosité.

Chez des individus faibles de volonté, les actions ne peuvent pas plus s'arrêter qu'elles ne peuvent commencer, et la préoccupation de la recherche devint continuelle et fut provoquée par tous les sujets. Espérons que la fin de la ménopause pourra continuer à modifier ce caractère.

Observation 131. — **Manie de la recherche.** — *Onomatomanie, agitation motrice, timidité, aboulie* [1].

Il suffit de rapprocher ce brave homme, Cha..., âgé de 76 ans, de la malade précédente, car c'est exactement la même chose. Remarquez surtout le petit carnet qu'il tient à la main et sur lequel il écrit fiévreusement. Il n'a consenti à se présenter ici qu'à une condition, c'est que nous lui dicterions bien vite les noms et les adresses de toutes les personnes qui lui parleraient, nous devons tenir notre parole. En effet c'est pour lui une chose très grave, car il faut qu'il puisse retrouver tout de suite ces noms et ces adresses ; s'il ne les retrouvait pas il aurait une horrible crise de recherche. Pendant des heures, son esprit passerait en revue les noms et les adresses des médecins qu'il connaît pour trouver la nôtre et il serait incapable de rien faire d'autre ; quelquefois il cherche ainsi pendant vingt-quatre heures presque sans bouger et, nous le croyons sans peine, il affirme que c'est très fatigant et très pénible. Aussi a-t-il adopté la sage précaution du carnet sur lequel il écrit les noms et adresses des personnes qui lui parlent dans la journée ; ainsi il les relit facilement dès qu'il en éprouve le besoin, son esprit se trouve satisfait et il peut se livrer à quelques petits travaux.

A l'opposé de la malade précédente, ce malade n'a pas d'angoisses véritables : quand on le laisse se livrer tranquillement à ce qu'il appelle sa recherche, c'est-à-dire au fond à une récitation perpétuelle de quelques noms, il ne souffre aucunement et se sent très calme. Il n'a des angoisses et surtout de l'agitation motrice, que si on le dérange de cette occupation et si on veut le forcer à s'occuper d'autre chose. C'est-à-dire que si on interrompt la rumination mentale, la dérivation se fait autrement, l'agitation mentale de la recherche est alors remplacée par l'agitation viscérale et par l'angoisse.

Remarquez aussi l'âge de ce pauvre homme, 76 ans ; il raconte que sa maladie a été très variable au cours de sa vie, mais qu'en

1. Nous avons déjà signalé ce malade dans un précédent travail, *Névroses et idées fixes*, II, p. 179. Nous revenons ici sur quelques détails de son observation à cause de l'intérêt qu'elle présente dans cette leçon sur les manies mentales de recherche.

somme il a presque toujours eu des tourments de ce genre. Nous savons que la maladie débute presque toujours dans la jeunesse, mais il est relativement rare qu'elle se prolonge jusqu'à un âge si avancé. MM. Pitres et Régis remarquent justement que, dans leurs statistiques, les malades jeunes sont énormément plus nombreux que les âgés et ils en concluent que la plupart ont dû guérir, quand ils ont dépassé 35 ou 40 ans. L'exemple de cet homme prouverait, s'il le fallait, que le trouble peut se prolonger bien plus longtemps.

Quant à la pathogénie, il est inutile d'y insister de nouveau. Le père a eu des crises de nerfs, la mère a été enfermée pour des accès de mélancolie, un frère du malade est hystérique, une sœur est aliénée dans un asile. Ce serait bien le cas de parler de délire des héréditaires et de dégénérescence mentale. Il ne faut pas oublier cependant que le malade a toujours été un homme intelligent et délicat : il est artiste musicien non sans quelque valeur, il s'est instruit lui-même et a lu énormément. Il est curieux de voir comment ce trouble respecte les facultés intellectuelles, comme si celles-ci étaient les facultés les moins compliquées, les plus faciles à conserver, tandis qu'il détruit les facultés de volonté et les facultés d'adaptation au monde réel. Cet homme est avant tout un aboulique, sans aucune habileté pratique qui a toujours vécu dans les nuages, il a toujours eu la manie de remplacer l'action par la rêverie : « J'ai toujours été rêveur, dit-il, je n'aimais pas à entreprendre quelque chose, je me défiais de moi, j'hésitais, tout était pour moi une corvée et maintenant encore, me lever de mon lit, me mettre à table, manger, sortir, donner des leçons de musique, et surtout aller voir quelqu'un, tout cela ce sont d'horribles corvées. »

Le travail mental a toujours été disposé à se substituer chez lui à l'action : que dans ces conditions un certain travail mental, celui de la recherche, réponde à certains sentiments d'inquiétude et il deviendra habituel jusqu'à constituer bien vite chez un homme sans volonté une véritable manie.

Observation 132. — **Manie de l'interrogation.** — *Hémorragies, sentiment d'étrangeté, phobie des couteaux, sentiment d'étonnement manie de l'interrogation.*

Voici un joli cas de manie d'interrogation qui peut vous mon-

trer les rapports de cette manie mentale avec les phobies et les sentiments d'incomplétude.

Les parents ne semblent pas avoir été malades et cette femme fut à peu près normale dans son enfance, elle avait simplement ce caractère très doux, sans volonté personnelle, cette disposition à céder à tout le monde, pour éviter les luttes, qui est caractéristique de tous les abouliques. Mariée à 22 ans, elle eut immédiatement un enfant, mais l'accouchement détermina une violente hémorragie qui semble avoir été le point de départ de l'affaiblissement nerveux. En effet, quelques jours après, elle commençait à s'en remettre quand elle remarqua qu'elle n'était pas bien à son aise : « J'étais drôle, me dit-elle, je n'étais plus la même, je n'avais plus envie de manger, ni de dormir, j'étais devenue indifférente à mon mari et à ma petite fille. » Ne voyez-vous pas que c'est toujours le même début, par l'abaissement de la tension mentale avec toutes les insuffisances psychologiques. A ce moment, il lui sembla qu'elle s'émotionnait pour un rien et qu'elle n'était plus maîtresse d'elle-même. Elle eut peur de faire du mal à l'enfant, sentiment qui dérive du sentiment d'indifférence qu'elle avait déjà remarqué. Cette peur se précisa bientôt sous la forme de phobie des couteaux, des ciseaux, des marteaux, de tous les instruments capables de blesser. La guérison de ce premier accès survint en quelques mois. Quand elle se sentit moins drôle, moins indifférente, moins automate, elle n'eut plus peur de frapper la petite fille et la phobie des couteaux disparut.

Deux ans après, nouvelle grossesse suivie d'une fausse couche avec hémorragie, la rechute fut exactement semblable, même début et même phobie des couteaux qui grandit au point qu'elle mangeait avec ses doigts pour ne toucher ni une fourchette, ni un couteau, de nouveau la guérison survint en quelques mois.

Elle est restée quelques années assez bien portante, mais sans cause bien nette cette fois, tout a recommencé depuis six mois sous une nouvelle forme. Il n'y a pas eu d'hémorragie mais simplement des fatigues et une série d'émotions pénibles à cause des querelles perpétuelles entre son mari et sa mère. Au début, même sentiment de fatigue mentale, d'étrangeté. Mais cette fois un petit incident fait que ce sentiment se rattache plus particulièrement à la perception extérieure.

Un jeune homme étranger est venu chez eux, elle l'a regardé avec quelque attention pour chercher à le reconnaître et elle a

éprouvé en le regardant à un très haut degré ce sentiment pénible d'étrangeté : tout dans ce garçon paraissait drôle, son nez, ses yeux, ses bras, ses jambes. Ce sentiment fut si net qu'il devint le point de départ de toute la maladie actuelle. Déjà, il y a quelques années, nous vous avons présenté[1] une malade curieuse chez laquelle la folie du doute débute après un sentiment d'étonnement. Un petit jeune homme de la maison lui fit une déclaration inconvenante dont elle resta stupéfaite et depuis elle prit la manie de s'interroger sur tout. Nous avions déjà le sentiment que cette impression de drôle jouait un rôle dans la folie du doute, mais nous ne comprenions pas tout à fait ce rôle d'une manière assez générale, nous vous disions que ce sentiment survenu accidentellement persistait et amenait naturellement l'interrogation. Nous croyons aujourd'hui que ce sentiment est la première manifestation d'un grand abaissement psychologique qui empêche les sujets d'arriver au sentiment du réel et que cet abaissement peut amener des dérivations variées parmi lesquelles les agitations motrices, les angoisses comme dans les deux premiers accès de phobie de notre malade aussi bien que les ruminations mentales à forme d'interrogation.

Quoi qu'il en soit, quand ce sentiment d'étrangeté porte sur les objets extérieurs, quand il est très remarqué par le sujet il peut déterminer l'orientation que vont prendre les dérivations. Chez cette malade aussitôt après le premier étonnement, les questions ont commencé : « Voilà tout de même comment on est fait, avoir des bras, des jambes, une tête, est-ce assez drôle ? Je ne trouve plus le monde naturel, je me demande pourquoi on a tout cela. Puis j'ai eu la même impression un jour qu'il tonnait, qu'il y avait des éclairs ; alors je me demande comment il tonne, comment cela se fait qu'il fait jour, qu'il fait nuit. Et cela me prend pour tout : comment cela se fait qu'on ait des souliers ? Si on n'avait pas des yeux comment est-ce que l'on ferait pour voir ? Et s'il n'y avait pas de rivières, comment est-ce que l'on ferait pour boire, pour laver ? Dès qu'un objet me frappe, il faut que je m'interroge dessus indéfiniment, aussi je fais tout pour que rien ne me frappe pas, je n'ose plus rien regarder. »

Qu'est-ce qu'elle appelle être frappée par un objet ? Il nous semble qu'il faut pour cela deux conditions : 1° qu'elle essaie de

1. *Névroses et idées fixes*, II, p. 158.

faire attention à l'objet, et 2° qu'elle soit à ce moment en état d'abaissement mental qui la rende incapable de pousser cette attention à son terme. Ainsi, en ce moment, elle est très intéressée par tout ce que nous disons sur elle, mais cela ne la frappe pas : « C'est vrai, interrompt la malade, vous ne me paraissez pas drôles et je n'ai pas envie de chercher. » C'est qu'elle est excitée, émotionnée, soulevée au-dessus de son niveau habituel et que l'attention arrive à son terme qui est le sentiment du réel. Mais si elle est en état d'abaissement mental, comme cela lui arrive surtout le matin, elle ne peut être calme que si elle consent à rester dans le vague. Si un objet attire l'attention, celle-ci provoque une excitation impuissante qui se dérive en phénomènes intellectuels d'interrogation, parce que l'habitude survenant à la suite des remarques précédentes les a dirigées dans ce sens.

Observations 133, 134, 135. — **Manie de la recherche métaphysique. — Doutes, inquiétudes, interrogations.**

Cette fillette de 16 ans, Py..., est très malheureuse ; mais ce ne sont pas des chagrins de son âge qui la tourmentent, ce sont de graves problèmes. Elle voudrait savoir si Dieu existe, tout simplement : il ne lui faudrait pas autre chose pour être heureuse. Malheureusement personne n'a encore pu lui donner des renseignements suffisants à ce sujet. Aussi reste-t-elle inquiète, malheureuse et passe-t-elle tout son temps à chercher dans son esprit une réponse à cette question que les plus grands philosophes ont traitée, à son avis, d'une manière bien peu satisfaisante. Cette recherche se fait d'une manière tout à fait exagérée, elle continue des heures entières même pendant la nuit, si bien qu'elle devient fatigante et pénible. L'enfant se rend bien compte que sa recherche est inutile et ridicule, elle essaie en vain de l'arrêter, mais quand elle veut la suspendre, elle est prise d'agitation motrice et se roule par terre comme si elle avait une crise de nerfs. Aussi préfère-t-elle ne pas arrêter elle-même la recherche ; elle demande aux autres de l'arrêter par une solution définitive. Les réponses ordinaires ne la satisfaisant pas, elle indique elle-même la phrase qu'il faut prononcer avec conviction. Quand elle vient vous dire les larmes dans les yeux : « N'est-ce pas que ce serait triste, lugubre, si Dieu n'existait pas, » il faut lui répon-

dre : « Tu es une idiote, tu sais bien que le bon Dieu existe. » Et si on ne répond pas exactement cette phrase, ou si on la dit avec quelque mollesse, elle se sent affolée et elle a de véritables crises de désespoir.

Au premier abord, il semble que ce soit là une véritable obsession portant sur un point précis, l'existence de Dieu. Nous croyons que l'obsession n'est pas si nette et qu'il s'agit plutôt d'une manie d'interrogation assez vague dont il est facile de comprendre la formation.

Il s'agit d'une famille très intelligente, mais névropathe ; la mère est une nerveuse, une tante et un cousin sont somnambules, cette petite est troublée par l'évolution d'une puberté tardive, les règles ne sont venues qu'à 15 ans, en même temps, depuis deux ans, elle a grandi démesurément ; ajoutons qu'elle s'est épuisée pour passer avec succès des examens difficiles. Elle s'est sentie fatiguée, elle a commencé à mal digérer et à mal dormir, elle a beaucoup maigri. Elle est devenue faible de volonté, extrêmement indécise, irritable et inquiète à propos de tout. Le premier symptôme qu'elle ait ressenti depuis un an, c'est le doute religieux. On dit d'ordinaire que ce doute est déjà une idée fixe, on répète à ces petites malades qu'elles se trompent et qu'elles ont tout autant de foi qu'auparavant. Nous reprendrons la question à propos de grands scrupules religieux, nous nous bornons à vous dire aujourd'hui qu'à notre avis cette petite malade a entièrement raison : la foi, la confiance se rattachent à la volonté et diminuent avec elle. Dès qu'il y a abaissement mental les croyances les plus délicates et en particulier celles qui attirent le plus l'attention consciente du sujet diminuent réellement. Il est vrai que le malade porte une attention inquiète sur cette diminution, qu'il la croit plus grande qu'elle n'est, qu'il l'exagère par l'attention même, car celle-ci en se portant sur la fonction de croyance la rend par là même plus difficile ; mais il n'en est pas moins vrai qu'il y a au fond une vraie diminution de la faculté de croire avec énergie. Pour avoir cette vraie foi qui implique l'adhésion de l'être tout entier et qui n'a pas besoin des subtilités de la démonstration, il faut l'énergie de la tension nerveuse que l'on trouve chez l'enfant, chez les simples d'esprit bien portants. Nous comprenons donc que cette jeune fille ait fait des efforts pour croire, efforts qui, n'aboutissant pas à leur terme, amènent une agitation. Chez cette personne d'une famille très cultivée,

très intelligente elle-même, trop peut-être, l'agitation ne reste pas uniquement motrice, il y a des réflexions, des recherches. Il y a un an, elle s'interrogeait sur la fin du monde, sur la création, puis elle se passionna pour des problèmes particuliers. Elle se demandait s'il y a des habitants dans la lune, comment se font les stigmates des saints ; elle se posait une foule de problèmes sur lesquels elle ruminait perpétuellement. Le problème de l'existence de Dieu est devenu comme un symbole qui résume tous les autres.

Deux mots seulement sur cet homme de 27 ans, Rost..., pauvre garçon neurasthénique, timide, qui bégaie parce qu'il est devant nous. Il se sent la tête fatiguée et voudrait bien la reposer : mais il est obligé malgré lui de réfléchir, de chercher indéfiniment à propos d'immenses problèmes.

Le malade. — « C'est comme si j'étais obligé de préparer un immense ouvrage qui aurait pour titre : la lumière, les ombres, le violet, la mort et l'élan. »

Il paraît que ce qu'il y a de plus terrible c'est la recherche de « la définition du violet », il en perd le sommeil. Notez qu'il est tout honteux de ces absurdités, mais son esprit est comme forcé de rechercher malgré lui.

Cette femme de 21 ans, Hm..., va peut-être nous expliquer un peu mieux la genèse de ses recherches philosophiques sur le monde. Puberté tardive à 15 ans, attention difficile, de peu de durée se terminant par des énervements, timidité, inquiétude, ce sont les antécédents ordinaires. Hm... était enceinte à l'âge de 19 ans et supportait mal la grossesse, son inquiétude avait augmenté et quelques paroles maladroites avaient donné une direction à son inquiétude. Sa belle-mère lui avait dit en plaisantant de ne pas aller au Jardin des Plantes, de peur que la vue des animaux n'influât sur l'enfant. Depuis, la voilà très inquiète, qui craint « que son enfant ne soit comme une bête ». Elle raisonne tout le temps sur la forme qu'aura cet enfant : « Aura-t-il des nageoires en guise de mains ; aura-t-il une trompe, etc. ? Comment se forment les membres ? Comment est-ce que se fait la vie, etc. ? » Ces réflexions ne sont pas très mauvaises tant que dure la grossesse. Arrive un accouchement difficile d'un enfant très normal d'ailleurs. Elle essaie de le nourrir, et s'épuise, il faut y renon-

cer. Depuis qu'elle a dû cesser l'allaitement, elle est tourmentée jour et nuit par une abominable rumination qui ne porte plus du tout sur l'enfant mais sur les êtres vivants et sur le monde : « Pourquoi est-ce qu'il y a un monde, comment est-ce qu'il y a des choses, comment peut-on arriver à faire des arbres, comment se forment les doigts des mains... ? » Nous vous faisons grâce de ses réflexions, nous remarquons seulement qu'elles ne sont pas toujours bêtes ; ainsi cette femme sans aucune espèce d'instruction a découvert à elle toute seule que les nageoires des poissons, celles des phoques, les ailes des oiseaux, les pattes des lézards et la main des hommes sont des organes analogues, formés sur le même plan. Elle fait ainsi des comparaisons, des réflexions quelquefois justes, souvent stupides ; mais ce qui est caractéristique c'est que ce travail mental continue indéfiniment hors de propos et n'arrive jamais à la satisfaire.

Ces interrogations métaphysiques ont été très souvent signalées. Le malade de Legrand du Saulle qui cherchait pourquoi les feuilles des arbres étaient vertes employait presque les mêmes termes. Mais il nous semble qu'on n'en a pas donné l'explication. Il ne s'agit pas là de suggestion, personne n'a suggéré à cette pauvre ouvrière de faire de la philosophie zoologique et les suggestions ne se présentent pas de cette manière. Sa recherche se rattache étroitement à un sentiment que nous connaissons bien, le sentiment d'étrangeté du monde : quand elle demande pourquoi les hommes ont-ils des mains, c'est comme si elle disait, ainsi que nos autres malades que les mains des hommes lui semblent drôles. Et comment se forme cette interrogation ? Par une dérivation sous forme d'agitation intellectuelle des efforts impuissants pour atteindre à la perception complète avec sentiment de réalité.

Ici, nous pouvons même remonter plus loin : pourquoi chez cette femme est-ce la perception des animaux, des êtres vivants qui a subi un abaissement ? C'est parce que pendant sa grossesse son attention a été attirée sur la formation des êtres vivants. Les perceptions restées automatiques comme celles d'une table continuent à se faire assez bien, mais les perceptions attentives comme celles de l'animal vivant sont insuffisantes depuis que l'attention est abaissée et en un mot l'origine première de la maladie, c'est l'épuisement de la grossesse et de l'accouchement avec sentiment d'incomplétude et attention dirigée sur l'enfant.

Voici cette femme guérie en trois mois, repos, toniques, direction de l'attention sur de tout autres sujets, les opérations arithmétiques. Sous l'influence d'un peu d'encouragement, elle a pu faire quelque gymnastique de l'attention et elle a été toute étonnée de voir « que les animaux lui paraissaient des bêtes toutes naturelles ». Si elle était vraiment philosophe, elle saurait que des bêtes toutes naturelles n'en sont pas moins très mystérieuses ; mais, comme elle est simple, du moment qu'elle ne s'étonne plus elle ne philosophe plus. Les Grecs avaient raison quand ils disaient que le dieu Thaumas était le père de la philosophie. Il n'en est pas moins assez triste de remarquer que cette femme ne philosophe qu'au moment où son esprit est malade, ce n'est pas flatteur pour la spéculation philosophique.

Observation 136. — **Manie de la recherche psychologique.** — *Phobies, obsessions diverses.*

Nous vous signalons rapidement cette malade qui présente sous une forme curieuse la manie de la recherche. Le père est un douteur et un maniaque qui avait le besoin de vérifier les actes et de les répéter, la sœur du père avait une maladie analogue. Notre malade a déjà traversé plusieurs crises de psychasthénie ; à 17 ans se développa la phobie des couteaux, elle eut à ce moment des crises, des sortes de crampes qui ont fait admettre le diagnostic d'hystérie. Vous savez que nous ne rencontrons guère aujourd'hui l'association clinique de l'hystérie et des symptômes psychasthéniques ; il est probable qu'elle a eu simplement de l'agitation motrice. Mais nous ne voulons pas affirmer qu'elle n'ait pas alterné entre l'hystérie et la psychasthénie, ce qui se présente dans quelques observations. Le mariage arrêta cette première période maladive ; de 30 à 40 ans survinrent de nouvelles crises de dépression avec la phobie de l'obscurité, la peur d'être aveugle.

A 46 ans, après la mort du mari, commence le trouble actuel de la manière suivante. Un jour étant au piano, elle sent une gêne, un trouble, ne se reconnaît pas, et se demande si c'est bien elle qui joue, c'est un sentiment de dépersonnalisation, de perte du sentiment du réel. Le trouble s'étend aux objets extérieurs qui ne sont plus naturels. Peu à peu se développe un véritable délire, non plus métaphysique, mais psychologique, voici quel-

ques exemples des ruminations qui envahissent perpétuellement son esprit. « La différence entre le moi et le non moi, leur séparation et cependant leur pénétration mutuelle, voilà les problèmes qui me préoccupent. Comment se fait-il qu'une personne qui est en dehors de moi puisse cependant me parler, c'est-à-dire faire pénétrer ses idées en moi ? L'affection est en moi, comment se fait-il que ceux que j'aime soient en dehors de moi ? La transition se fait par la parole, comment la parole entraîne-t-elle d'un moi à un autre des pensées ? Quel est le mécanisme de la vision, la vue est-elle identique à un toucher lointain ? Le toucher étant le seul des sens, qui soit à peu près sûr, la vision n'a de valeur que si elle est identique au toucher, dans quelle mesure ce rapprochement est-il possible ?... »

Il est triste de constater que ces études ne sont que du délire, cela nous fait faire de tristes réflexions sur nos travaux psychologiques. En effet, supposez qu'on vous indique ces problèmes sans vous dire de quelle manière ils se présentent chez une brave femme de 57 ans, vous les trouveriez intéressants, et très semblables à ceux que l'on discute en philosophie. Cela vous montre bien qu'en réalité, la réflexion psychologique n'est pas une chose naturelle : l'enfant n'est pas psychologue, il ne sait même pas ce que signifie le mot « rêver ». Il n'y a pas pour lui de pensée pure, désintéressée, en dehors des actes et de la réalité. Il y a quelque chose de maladif dans cette disposition à contempler l'esprit en lui-même d'une manière désintéressée. Il est vrai que les grands philosophes vont nous répondre qu'il y a là peut-être un grand mérite, que ce désintéressement de la réalité est justement ce qui nous sépare de l'animal, mais la vue de nos malades est faite pour nous défendre de l'orgueil.

Une petite réflexion à propos du traitement de cette malade. Son agitation mentale étant extrême, son incapacité pour travailler, pour s'occuper de la réalité étant devenue très douloureuse, elle nous a demandé de lui appliquer un traitement dont elle avait entendu parler, le traitement par la morphine. Ce traitement a en effet été proposé et répandu avec beaucoup d'énergie par M. A. Voisin. Il ne nous paraît aucunement absurde et nous sommes très disposés à croire qu'il doit donner des succès. La morphine comme l'alcool peut être un excitant de la tension nerveuse, en même temps qu'elle calme les réactions douloureuses.

Nous avons montré autrefois qu'une injection de morphine chez une hystérique faisait disparaître ses stigmates; nous avions d'ailleurs observé le même fait à propos de l'ivresse alcoolique. Il est très probable que la morphine comme l'alcool doit donner momentanément à ces malades une tension plus grande, une perception plus réelle et qu'elle peut supprimer leurs ruminations. Cependant nous hésitons énormément à employer ce traitement, songez donc combien ces malades s'accoutument facilement à une excitation et à un soutien, quel besoin terrible ils ont de voir la personne qui les a remontés, de revenir au traitement qui les a momentanément relevés, et vous comprendrez quel terrain favorable ils offrent à la morphinomanie. Pouvons-nous, sans scrupule, prendre la responsabilité de la développer chez eux presque à coup sûr? Nous avons donc refusé à cette malade ce qu'elle demandait. Il paraît que d'autres n'ont pas eu les mêmes scrupules et qu'elle a subi pendant quelques mois un traitement par la morphine. Le résultat nous dit-on est beau, voici quelques semaines qu'elle est rentrée chez elle à peu près débarrassée de ses manies. C'est le succès que nous prévoyions, mais est-elle aussi débarrassée de la morphine ? On ne nous en parle pas : nous le souhaitons.

Observation 137. — **Manie de la perfection appliquée à la miction.** — *Scrupules.*

Voici un type d'une nouvelle forme de manie mentale dont nous désirons vous présenter plusieurs exemples, les manies de la perfection. C'est au fond toujours un mécanisme analogue, il y a un sentiment d'incomplétude déterminé par un abaissement d'une fonction, puis un effort, une dérivation mentale, qui porte ici non pas à faire des recherches, mais à perfectionner d'une manière malheureusement absurde la fonction défaillante. Chez un premier groupe de malades il s'agit de fonctions physiologiques et nous avons à étudier de nouveaux troubles psychasthéniques de ces fonctions. En voici un exemple remarquable appliqué à l'acte pourtant bien simple de la miction. Cette femme de 45 ans, Vor..., cherche simplement à uriner dans la perfection. « Il est fâcheux d'uriner mal, de conserver une partie de l'urine dans la vessie, de laisser perdre des gouttes après l'acte, de s'exposer à un

besoin intense dans des circonstances fâcheuses. Pour éviter tout cela, il faut uriner avec perfection, mais cela n'est pas aussi facile qu'on se le figure : il faut rester sur le vase, bien sentir le passage, régler dans tous ses détails le coup de piston » (Notez que la pauvre femme applique à tort et à travers les mots qu'elle a entendus et ignore tout à fait que la femme n'urine pas comme l'homme). Malgré ses efforts le résultat ne lui semble pas brillant, à peine s'est-elle éloignée qu'elle a le sentiment d'un acte incomplet ; le plus simple est alors de recommencer les efforts ; elle recommence le même travail et arrive au même résultat. Elle va et vient indéfiniment de sa chambre au cabinet : le soir au moment de se coucher, elle fait cinquante fois le voyage, avant de tomber sur son lit transie de froid et de fatigue. A l'époque des règles, la manie augmente encore et occupe littéralement toute la journée.

Nous avons déjà vu ici même des manies de perfection appliquées à la respiration, à la mastication, nous n'avions pas encore vu cette forme bizarre de la manie de la perfection appliquée à l'acte d'uriner. La genèse en est bien simple, cette femme a toujours eu la même disposition, mais elle l'appliquait d'une manière moins ridicule. Indécise, hésitante, elle n'allait jamais au bout d'une action ni même d'une émotion. Il lui semblait toujours qu'elle s'arrêtait avant la fin, il en résultait un sentiment perpétuel de mécontentement, de scrupule, de remords. Elle avait la manie de chercher à être consciencieuse en tout, surtout pour les choses futiles ; elle se croirait criminelle si elle ne lisait pas son journal de la première à la dernière ligne, ce qui ne l'empêche pas de le lire très mal et de ne pas savoir ce qu'il y a dedans. A l'âge de 18 ans, ses scrupules et ses remords furent assez sérieux pour que Charcot, qui la soignait, la fît interner. La crise actuelle a été déterminée par une petite maladie, un eczéma du périnée qui la força à prendre des soins de propreté de cette région. On lui fit craindre de mouiller ses pansements par l'urine, elle voulut prendre des précautions en urinant, l'attention fut attirée sur la miction, on sait le reste.

Le traitement de cette malade a été tout à fait comparable à celui de la petite Zo... qui avait la manie des précautions à propos des épingles : elle réclamait la suggestion hypnotique, qui lui fut appliquée de la même manière. L'hypnose, ni la suggestion ne

furent jamais complètes, mais ces séances permirent de lui faire faire de véritables exercices pour pousser jusqu'au terme l'immobilité, le sommeil, l'effort musculaire, l'effort d'imagination, l'effort de croyance et de confiance. Elle dut mettre une grande attention au premier acte de miction et se soumettre à la suppression de tous les autres. Malgré quelques alternances d'amélioration et des rechutes elle a été guérie en six mois. Nous ne prétendons pas qu'elle ne reste pas scrupuleuse et qu'elle ne puisse pas recommencer une autre manie, elle aura toujours eu une certaine tranquillité pendant un temps que nous souhaitons assez long.

Observation 138. — **Manie de la perfection génitale.** — *Masturbation, sentiment d'incomplétude génitale.*

Nous voudrions vous parler aujourd'hui à propos de deux malades d'un sujet délicat mais qu'il faut aborder ici sans fausse honte, parce qu'il est sérieux et tout à fait important au point de vue scientifique et thérapeutique.

Voici d'abord l'histoire d'une dame de 26 ans, Loa..., dont toute la maladie dépend d'un trouble, d'une mauvaise hygiène des sensations génitales.

Comme antécédents héréditaires, rien de bien net ; la malade elle-même semble avoir été normale dans l'enfance, tout au plus un peu émotive et faible de caractère ; elle fut réglée à 13 ans sans rien de particulier. A 15 ans, une bonne, paraît-il, lui enseigna en secret la masturbation en lui démontrant que cela était nécessaire pour avoir de fraîches couleurs. La jeune fille en prit l'habitude et arrivait à provoquer le spasme d'une façon très suffisante. Elle se maria très jeune, à 18 ans, en ayant de l'affection pour son mari. Elle ne fut pas émotionnée par la vie conjugale, mais elle n'éprouva absolument rien dans ses rapports avec son mari. Cette frigidité de la femme dans le mariage est extrêmement fréquente, elle joue un grand rôle dans bien des troubles physiques et moraux et elle a plus de conséquences sociales que vous ne le supposez. Ce trouble peut être dû à bien des causes, souvent à l'égoïsme ou à l'ignorance du mari qui ne tient pas compte de la différence des phénomènes génitaux dans les deux sexes ; mais il dépend plus souvent encore et dans ce cas en particulier de la masturbation préalable de la femme. Nous avons bien souvent

constaté que les esprits faibles ne peuvent faire certaines actions, éprouver certaines sensations que dans des conditions très spéciales auxquelles ils se sont accoutumés : changez les conditions et ils deviennent paralysés ou insensibles. Cela est surtout vrai du sens génital. Que d'individus ont besoin pour cette fonction d'une personne particulière, d'un milieu spécial, d'une attitude déterminée et quelquefois ridicule. La jeune fille habituée à sentir l'émotion, grâce à une masturbation spéciale, devient souvent incapable de rien éprouver aux approches du mari.

En tout cas, au début, Loa... n'en fut aucunement troublée. Elle continua seulement, à part, les pratiques qui lui réussissaient et ne se préoccupa pas de sa froideur avec le mari. Elle croyait l'aimer très suffisamment et elle eut même un enfant dans de bonnes conditions. Peu à peu seulement, probablement à cause de l'excitation de la vie conjugale, elle abusa de ses pratiques au point de les répéter plusieurs fois par jour, mais sans en souffrir.

Il y a deux ans, elle eut divers troubles abdominaux rattachés probablement avec raison par le chirurgien à un rein flottant et on la décida à se faire opérer à l'hôpital Necker. Cela est absolument en dehors des phénomènes génitaux; mais à l'hôpital elle fut amenée à supprimer complètement les pratiques auxquelles elle se livrait, et cela pour plusieurs raisons : d'abord la crainte de l'opération, puis la souffrance consécutive, ensuite le séjour dans une salle commune empêchaient ces pratiques. Mais il y eut surtout une raison assez bizarre : en se promenant à Necker, elle eut l'occasion de visiter le musée installé dans le service du Professeur Guyon et là elle entendit des explications qui lui firent une grande impression. On lui montra des objets curieux trouvés dans la vessie de jeunes filles qui les avaient laissés entrer par mégarde, une épingle à cheveux, par exemple, découverte et retirée au moyen de l'endoscope, etc., et à ce propos elle entendit énumérer les dangers auxquels s'exposaient les femmes qui avaient de pareilles habitudes. Elle fut terrifiée, se jura de ne plus recommencer et, chose curieuse, tint parole.

Voici donc supprimée radicalement cette excitation spéciale qui, ne l'oublions pas, se répétait depuis bien des années plusieurs fois par jour. Que va-t-il en résulter ? C'est une curieuse expérience ?

Le premier résultat est bien intéressant, quoiqu'il ne faille pas trop se presser de le rattacher à cette cause. Cette femme qui

jusqu'à 25 ans était restée complètement froide vis-à-vis de l'homme, devient éperduement amoureuse. D'abord ses désirs se portent d'une manière vague sur les hommes qui passent à l'hôpital, puis elle choisit un individu particulier et la voici qui pense à lui constamment, s'excite en y pensant et s'agite de plus en plus.

Sortie de l'hôpital, elle essaye avec infiniment de justesse des deux remèdes les plus indiqués, d'abord elle a des rapports avec son mari, et deuxièmement elle veut reprendre ses pratiques solitaires ; mais cette fois les deux moyens échouent complètement, ni l'un ni l'autre ne réussit, si bien que dégoûtée elle veut renoncer à tout.

C'est peut-être plus facile à dire qu'à faire, car voici un accident imprévu. Elle commence de grandes crises de nerfs ou plutôt des crises d'agitation motrice et d'angoisse. Ces crises débutent nettement par un désir, une excitation génitale, et se terminent par des convulsions. Ces crises la calmaient quand elles avaient été très fortes, mais l'excitation revenait bientôt. Il lui suffisait de voir passer un homme pour avoir une crise semblable. Si nous avions le temps de nous y arrêter, nous vous lirions une vieille observation de Buffon à propos d'un jeune prêtre, observation qui semble exactement calquée sur celle-ci. Ces crises durèrent sept ou huit mois : on les soigna de différentes manières et maintenant elles ont à peu près disparu.

La pauvre femme est-elle revenue à la tranquillité ? Oui, si l'on veut, car elle n'a plus qu'un amour très vague, plutôt platonique pour l'individu en question, elle ne sent plus aucune excitation et n'a plus jamais de désir. Eh bien elle devrait être enchantée : pas du tout, elle souffre horriblement de cette frigidité, non seulement elle sent comme un engourdissement dans le ventre, mais l'engourdissement s'étend à la tête, tout est devenu froid et morne. Elle a perdu les sentiments, elle est indifférente pour son mari et son enfant, elle ne prend plus plaisir à rien, elle perd toute énergie.

Que de problèmes seraient soulevés par cette succession de faits. Nous ne pouvons à propos d'une observation que vous indiquer des hypothèses. Est-ce l'absence de satisfaction qui a amené l'amour, puis les crises ? Comment l'anesthésie génitale est-elle survenue ? Est-ce cette anesthésie génitale qui détermine l'indifférence et l'aboulie actuelles ? Voyez à ce propos une ancienne observation

de l'un de nous (Stigmates des hystériques, p. 217). Voyez dans notre dernier livre sur les Névroses et les Idées fixes l'observation 48, p. 162, où des phénomènes absolument semblables sont décrits et vous verrez que les sensations génitales jouent dans le fonctionnement du système nerveux un rôle plus considérable qu'on ne le croit.

Dans le cas présent cependant, il ne faut pas méconnaître que la dépression est générale et qu'il y a quelque exagération à tout rattacher à l'insuffisance des sensations génitales. La malade se sent « comme une personne qui ne vit plus ; je suis comme une machine, je ne me sens plus vivre, je perds le goût de la vie, je trouve tout stupide, je n'aime plus rien ni personne, c'est comme si le cœur s'en allait... ». Ces sentiments d'incomplétude et surtout d'insuffisance génitale amènent le désir de plus en plus intense et la recherche du remède. Elle est convaincue que si elle retrouvait la jouissance génitale normale elle serait guérie ; quand elle réussit un peu mieux, soit seule, soit avec son mari, il y a pour un moment une résurrection, elle retrouve l'énergie et le bonheur de vivre. Aussi est-elle perpétuellement à la recherche de ce bonheur. Depuis trois ans, elle n'a plus d'autre pensée, que celle d'arriver à sentir normalement cette jouissance dans des conditions tout à fait normales. Elle se figure à tout moment qu'elle va ressentir des excitations insensées dès qu'elle voit un homme, dès qu'elle y pense ; mais ces excitations qui commencent à peine n'arrivent jamais au dénouement. Quand elle croit être près du succès, voici des agitations, des angoisses, des idées absurdes qui la troublent, elle sent qu'elle n'est pas comme les autres femmes, qu'elle ne guérira jamais et le bonheur entrevu s'envole.

Dans cette poursuite du bonheur, elle a commencé par tourmenter son mari, l'accusant de ses déceptions, cherchant à l'exciter et à le griser de champagne ; le pauvre homme jure qu'il fait de son mieux et ne sait comment échapper à ces singulières persécutions. Bientôt, elle a renoncé au mari comme décidément insuffisant et cherche ailleurs du secours. La voici tombée dans mille excentricités, elle va dans les bals publics, elle se fait remarquer dans les rues. Elle accepte tous les rendez-vous, il est vrai que jusqu'à présent elle s'y rend rarement; mais tous ces efforts dont elle sent parfaitement le ridicule et le danger sont restés impuissants et elle n'a pas encore trouvé la perfection qu'elle cherche avec tant d'ardeur.

Observation 139. — **Manie de la perfection.** — *Onomatomanie, manie de conjuration, angoisse et agitation.*

Ce brave homme, Pn... âgé de 63 ans, a encore une manie mentale systématique qui est relative au langage, on aurait dit autrefois simplement qu'il s'agit d'onomatomanie. En réalité, tous les troubles psychasthéniques du langage ne sont pas semblables : ceux que nous avons déjà étudiés se rattachaient aux manies de la recherche, celui-ci se rapporte plutôt aux manies de la conjuration et surtout aux manies de la perfection.

Pn... toujours inquiet et scrupuleux n'a eu cependant sa première crise sérieuse qu'à l'âge de 47 ans, ce qui est un début tardif. Il semble que cette crise ait été provoquée par des fatigues et par des excès de boisson. Il souffrait de l'estomac, il était fatigué et affaibli. Ses inquiétudes anciennes augmentèrent, il eut la peur d'être malade et encore plus la peur de paraître malade. Quand ses camarades lui demandaient des nouvelles de sa santé et surtout quand ils remarquaient qu'il avait mauvaise mine, cela le mettait au désespoir. Il imagina qu'il devait répondre certaine phrase convenue à tous ceux qui lui parleraient de sa santé et cette phrase il cherchait à la dire le plus fermement possible pour bien rassurer les questionneurs et pour se bien rassurer lui-même. Cette première crise se calma au bout de quelques mois passés à la campagne.

Tout a recommencé depuis un an d'une manière plus grave à la suite de fatigues. Il sent qu'il a besoin d'être rassuré et pour y parvenir, il croit qu'il suffit de bien prononcer une certaine phrase, cette phrase est pour le moment la suivante : « Faut pas faire attention, allons dîner, nous verrons après. » Cette phrase semble bien simple, il est convaincu que si elle était bien dite une seule fois il serait guéri ; mais il faudrait la dire avec netteté, avec attention, avec conviction, et le pauvre homme a constamment le sentiment qu'il ne la dit pas bien, qu'il n'a pas été rassuré, qu'il n'a pas eu assez de foi dans ce qu'il disait. Il ne se borne pas à recommencer la phrase sacramentelle, il cherche à varier les conditions dans lesquelles il la prononce pour arriver à la perfection ; il se met dans un coin de la chambre, assis, puis debout, puis à genoux, il descend à la cave, tantôt avec une

lumière, tantôt dans l'obscurité, il force sa femme à descendre dans la cave avec lui, à écouter s'il dit bien ou à crier la phrase en même temps que lui. Puis il articule avec solennité : « Faut pas faire attention, allons dîner, nous verrons après. » Et il remonte cependant désespéré, car malgré les affirmations de sa femme qui trouvait la phrase superbe, il n'a pas senti qu'elle fût bien dite.

Quand on n'a pas l'habitude de ces malades, on ne se rend pas compte qu'une pareille niaiserie puisse être une maladie sérieuse. Cependant voilà trois mois que ce pauvre homme ne mange plus et ne dort plus, il est extrêmement amaigri et il souffre très cruellement.

Observation 140. — **Manie de la perfection dans l'amour.** — *Impuissance d'aimer.*

A côté de ceux qui cherchent la perfection de l'amour physique il faut placer ceux qui, avec plus de poésie, cherchent la perfection de l'amour moral... Voici une jeune fille de 23 ans, qui souffre d'une affection singulière. Elle appartient à une famille très prédisposée aux troubles névropathiques : le père est un grand névropathe qui a déjà eu des obsessions, une sœur du père est aliénée, la malade a une sœur épileptique et un frère aliéné. Elle a toujours été faible de volonté, craintive et scrupuleuse, cependant à l'âge de vingt ans, on crut devoir la marier et elle fût fiancée à un jeune homme qu'elle connaissait bien et qu'elle aimait beaucoup.

Aussitôt fiancée, elle se sentit inquiète, incapable d'agir, de parler avec son fiancé et surtout incapable de se décider au mariage. Les abouliques redoutent surtout, comme vous le savez, les actes définitifs, ils voudraient toujours avoir une porte de sortie qui leur permette d'échapper et les troubles sont toujours plus grands quand on leur demande de prendre des décisions définitives. En même temps, comme il arrive dans ces insuffisances de la volonté, elle sentit une grande agitation qui se développait d'un autre côté, ce que nous avons considéré comme des phénomènes de dérivation.

Cette agitation était surtout morale et elle se sentait poussée à réfléchir sur ses pensées, à s'examiner, à s'analyser d'une manière excessive. Son examen porta surtout, comme cela est naturel, sur le sentiment qui était alors en jeu dans ses fian-

çailles. Elle chercha à se rendre compte du sentiment d'affection qu'elle avait pour son futur mari. Il lui sembla qu'elle ne l'aimait pas bien, pas suffisamment, qu'elle n'avait pas pour lui toute l'affection qu'elle se sentait capable de donner ordinairement. Vous savez qu'à notre avis ce sentiment d'incomplétude n'est pas entièrement faux, qu'il est l'expression d'un abaissement réel dans l'activité cérébrale, abaissement qui était surtout en rapport avec l'émotion. Cette constatation faite, elle en conclut qu'il fallait faire un effort pour mieux aimer son fiancé, car elle ne pouvait se marier avec un amour insuffisant. Ses efforts furent vains : plus elle cherchait à aimer mieux, plus il lui semblait qu'elle aimait moins bien. Ses efforts n'aboutissaient qu'à augmenter les réflexions, les examens de conscience, la fatigue et les dérivations. Tant et si bien que la pensée du fiancé devenant de plus en plus pénible, il lui sembla qu'au lieu de l'aimer, elle commençait à le haïr. Remarquez à ce propos que l'évolution de la maladie est toujours la même : la fonction commence à s'accomplir d'une manière insuffisante, elle détermine des sentiments d'incomplétude, puis des angoisses, des recherches de perfection et enfin la fonction devient totalement impossible. C'est cette conclusion, cette disparition de l'amour, qui nous porte à croire qu'au début il y avait bien un trouble de cette même fonction, un abaissement de l'amour qui a été en croissant. Comme elle fut obligée après beaucoup d'hésitations et d'angoisses de déclarer qu'elle n'aimait plus son fiancé, il fallut rompre le mariage.

Cette rupture ne lui rendit la tranquillité que pour bien peu de temps. En effet les sentiments d'incomplétude portant sur les affections et la manie de perfection qui en résultait n'avaient pas disparu, ils s'appliquèrent simplement à d'autres personnes. D'abord, ce fut à propos de ses parents qu'elle s'interrogea : elle ne tarda pas à parvenir à la même conclusion désespérante, à se figurer c'est qu'au lieu de les aimer elle les détestait. Puis la question se porta sur l'affection qu'elle avait pour une gouvernante, etc. Maintenant elle ne peut plus vivre tranquille plus de quelques jours auprès d'une personne quelconque, fût-ce auprès d'une garde-malade. Au début, elle reste indifférente près de cette garde et se rend compte qu'il est naturel de ne pas l'aimer ; puis, très vite, bien qu'elle trouve la question absolument folle, elle se demande si elle aime cette personne suffisamment pour

les services qu'elle lui rend. « Il me semble que je suis devenue égoïste, que je n'ai pas une affection suffisante pour cette dame, que je devrais l'aimer un peu, afin de ne pas être toujours à n'aimer que moi. » Elle fait alors ses efforts ordinaires pour aimer, comme nos autres psychasthéniques font des efforts pour agir ou pour croire et l'attention au lieu de favoriser l'acte le rend plus difficile, puis le rend impossible : il lui semble qu'elle déteste cette personne et qu'elle ne peut plus vivre auprès d'elle.

Les parents de cette jeune fille essayent un traitement qui était autrefois recommandé par Legrand du Saulle et qui consiste à faire voyager les malades pour les distraire. Ce traitement réussit quelquefois quand l'abaissement mental est faible, parce que le changement est un excitant psychologique assez puissant. Il ne faut pas oublier que les voyages sont aussi une fatigue et que ces esprits faibles sont rarement capables de prêter une attention suffisante à des changements trop rapides.

Observation 141. — **Manie de perfection dans l'évocation d'un souvenir visuel.**

Voici une observation qui demanderait une bien longue étude psychologique que nous ne pouvons faire ici complètement. Elle est à tous les points de vue bien curieuse et bien instructive.

La maladie a débuté, il y a six ans, par une émotion d'une nature toute spéciale. Cette femme, Bre..., alors âgée de 36 ans, un peu nerveuse mais jusque-là bien portante, soignait son mari très malade. Elle ne se rendait pas compte de la gravité de la situation et comme elle songeait à se rendre à la campagne, elle demanda au médecin, avec beaucoup de tranquillité, si dans une quinzaine de jours, son mari pourrait l'accompagner à la campagne. Le médecin avec une maladresse probablement involontaire se laisse aller à répondre : « Mais vous n'y songez pas, ma bonne dame, dans quinze jours votre mari sera enterré. » La pauvre femme fut bouleversée, ressentit comme un choc dans la tête, ce fameux choc que nous retrouvons toujours au début des fugues, des délires, dans les grandes émotions, et dont nous savons si peu la nature. La douleur, c'est un point que nous relevons à cause de sa grande fréquence, siégeait surtout au point de rencontre

de l'occipital et des pariétaux, à la fontanelle postérieure avec irradiation sur le côté droit de la tête. La nuit suivante, cette femme délira un peu, mais se rétablit le lendemain et dès ce jour elle présenta d'une manière nette des symptômes qui n'ont pas changé jusqu'à aujourd'hui et qui n'ont pas été modifiés ni aggravés par la mort du mari survenue réellement quelques jours après.

Parmi ces symptômes, quelques-uns sont bien connus. Nous n'y insisterons pas : fatigue dans la tête, troubles de l'estomac, état de somnolence et de torpeur, certains engourdissements dans le côté droit, insomnie la nuit, difficulté pour comprendre la lecture ou la parole, troubles des règles, quelquefois éruption d'urticaire avant les règles, etc., etc. Ce sont les troubles qui accompagnent les états émotifs et les engourdissements du cerveau plus ou moins semblables à l'hystérie.

Mais cette dame a une souffrance bien plus curieuse qui, à son avis, et peut-être aussi au nôtre, joue un rôle capital dans tous les autres accidents. Elle a un oubli, une sorte d'amnésie qu'elle ne peut pas faire disparaître et dont la permanence est pour elle une torture. Elle a oublié tout simplement la figure de son mari.

Essayons de comprendre ce qu'elle veut dire, car au fond ce symptôme est très curieux. Depuis le jour où la mauvaise nouvelle lui a été si brutalement annoncée, il lui a semblé qu'elle perdait son mari, qu'il disparaissait et s'effaçait de sa pensée. Mais, direz-vous, elle en parle tout le temps. Oui, elle en a le souvenir intellectuel, elle peut en parler, elle peut raisonner sur lui, elle peut même le décrire : « Il était assez mince, nous dit-elle, très grand, le nez était fort, etc... » Mais cette description est théorique, Bre... est incapable de se représenter aucun de ces traits. Elle ne peut pas non plus évoquer le souvenir de sa voix, en un mot elle prétend ne plus avoir aucune représentation sensible relative à son mari. Si vous voulez comprendre ses paroles, reportez-vous à une leçon remarquable de Charcot, la XIIIe du tome III des Maladies du système nerveux. Il s'agit d'un homme ayant eu autrefois une grande mémoire visuelle, qui perd cette mémoire et qui ne peut plus se représenter les formes d'architecture qu'il décrit et qu'il construit théoriquement. Cette dame présente le même trouble, toute la leçon de Charcot s'appliquerait à son cas. Mais le trouble

est limité, comme nous venons de le voir, à la figure et à la parole du mari.

Vous direz tout de suite qu'il y a à cette infortune deux remèdes bien simples, d'abord regarder des photographies du mari et puis deuxièmement se passer de ce souvenir visuel qui n'est pas indispensable pour vivre. C'est là que notre observation devient encore plus curieuse. Cette dame s'efforce de regarder des photographies de son mari, mais d'abord elle a une peine énorme à les regarder. Sa tête, ses yeux, font des mouvements convulsifs comme pour ne pas voir et ensuite, si elle parvient à regarder, « cela ne lui dit rien ». Elle ne reconnaît pas son mari et les portraits ne ravivent pas le souvenir. Reste alors la seconde solution : qu'elle s'en passe. Mais cette amnésie est douloureuse, elle semble former dans la pensée une lacune pénible et la malade est sans cesse poussée à chercher à la combler. Il y a une sorte de délire de l'interrogation qui vient comme toujours se greffer sur une amnésie, elle a constamment la pensée dirigée vers le mari dont elle ne se souvient pas.

Vous voyez que l'analyse psychologique de ce cas n'est pas facile. Voyons d'abord les phénomènes qui l'environnent : nous ne trouvons pas de troubles bien nets de la sensibilité, la malade nous dit qu'elle s'engourdit souvent du côté droit, mais c'était absolument passager ; nous n'avons pas observé d'hypoesthésie qui soit nette. Remarquons en passant que voici encore une malade qui a des engourdissements du côté droit du corps et qui souffre de la tête du même côté droit.

L'ouïe et la vue sont beaucoup plus troublées. On ne trouve pas d'anesthésie bien nette, ni de rétrécissement du champ visuel mais on constate une difficulté énorme à fixer l'attention sur ces sensations. Elle ne comprend pas ce qu'elle lit ou ce qu'elle entend. La mémoire serait importante à étudier en détail, ce que nous n'avons encore pu faire. Nous remarquerons seulement qu'il n'y a pas d'amnésie bien nette en dehors du point en question. La malade raconte les événements récents aussi bien que les événements anciens. La mémoire des images visuelles, ici essentielle, est même assez bien conservée. Cette mémoire était très bonne avant l'accident, elle peut encore aujourd'hui évoquer des spectacles. Sur notre demande, la malade se représente fort bien Notre-Dame ou l'Arc de Triomphe. Les amnésies ne commencent que pour les souvenirs qui ont un rapport quelconque avec le

mari. D'ordinaire elle n'a oublié que sa figure et sa voix, mais il y a des moments où elle oublie tout, elle ne sait même plus si elle a été mariée, et cela toujours avec la même angoisse. D'autres souvenirs même sont oubliés à cause de leur analogie avec celui-là. Ainsi elle évoque bien des figures de femme mais elle se représente très mal des figures d'hommes : tout roule autour de cette amnésie vraiment systématique.

L'explication est bien difficile. Voici les différentes analogies que nous pouvons rapprocher de ce phénomène. 1° Il y a réellement un certain degré d'amnésie visuelle : celle-ci est loin d'être complète comme elle serait ou pourrait être dans l'hystérie, mais il y a eu à la suite de l'émotion un certain degré de dissociation des synthèses mentales, des souvenirs. L'image du mari est devenue moins nette, moins émotionnante, moins capable d'évoquer les autres souvenirs et les autres émotions, elle a perdu une partie de sa puissance d'action, de son coefficient de réalité. Si l'amnésie était plus complète elle serait beaucoup moins remarquée, une amnésie complète comme une anesthésie complète laisse le sujet tout à fait indifférent. Au contraire ce genre d'amnésie incomplète des psychasthéniques est douloureux, pénible, laisse un sentiment d'incomplétude tout à fait caractéristique, qui excite des efforts et des recherches bizarres.

2° Aussi y a-t-il en second lieu un autre trouble, en réalité plus grave que le premier, c'est la manie mentale de la perfection relativement à ce souvenir. Non seulement la malade cherche constamment à l'évoquer, mais elle l'examine, le critique, le compare à des portraits et se met dans de terribles états d'angoisses quand elle n'atteint pas sur ce point la perfection du souvenir dont elle se fait une obligation.

Observation 142. — **Manie des serments.** — *Refus de manger, manie de réparation, diminution de la foi.*

Les parents de cette jeune fille, Zei..., âgée de 16 ans, se décident à l'amener à l'hôpital parce que ses sottises ordinaires se compliquent cette fois d'un symptôme plus dangereux. Voici trois semaines à peu près qu'elle refuse complètement de manger. Naturellement on a parlé comme toujours d'anorexie hystérique et de crainte d'engraisser : en réalité il n'en est rien et il s'agit

d'une tout autre maladie. Cette petite jeune fille a toujours été une aboulique et une inquiète ; depuis sa puberté, elle a déjà traversé une série d'accidents, elle a eu des tics et des phobies des animaux. Ce qui la préoccupe actuellement, depuis déjà un certain temps, c'est l'insuffisance de ses sentiments religieux et de ses prières. Nous avons déjà vu souvent ce symptôme, qui est une forme du sentiment d'incomplétude assez fréquente chez les jeunes filles de cet âge ; d'ordinaire il amène à sa suite des manies de répétition et des manies de perfection. Elle a bien eu quelque chose de ce genre, car elle restait des heures à genoux en répétant la même prière et elle forçait sa mère à se tenir agenouillée près d'elle, espérant par l'association arriver à un résultat plus satisfaisant. Mais depuis quelque temps elle ne reste plus aussi longtemps agenouillée et ses remords sur les prières ont amené une autre conséquence. Elle a constaté son impuissance à les faire mieux et elle se borne à chercher à les réparer, « il faut, dit-elle, compenser un acte par un autre » et elle s'impose à elle-même des punitions.

Par exemple, elle aimait beaucoup lire des romans, elle s'est condamnée à ne plus lire tant qu'elle n'aurait pas bien fait ses prières. Puis la punition étant encore insuffisante, elle s'est condamnée à ne pas manger avant d'avoir accompli une prière parfaite. Nous craignons qu'elle n'attende ainsi trop longtemps.

Il s'agit, vous le voyez, d'une forme de manie mentale qui se rattache évidemment aux autres, mais qui est un peu spéciale, ce sont des manies de réparation ou de compensation. Le point de départ est toujours le sentiment de l'insuffisance du premier acte, mais la dérivation mentale est un peu plus compliquée. Elle ne se fait plus sur la pensée du même acte indéfiniment, répété ou perfectionné, mais sur la pensée d'une autre action ; c'est ici l'idée de punition ou de récompense dont le sujet essaie de se servir pour relever sa tension mentale. Il s'agit, chez cette jeune fille : d'une véritable manie qui ne porte pas seulement sur la prière, mais sur la plupart des actions troublées, toutes par l'insuffisance de la tension psychologique : si elle n'a pas travaillé assez vite, elle se condamne à ne pas sortir avec sa sœur ou bien à ne pas parler. Le résultat est qu'elle trouble elle-même une seconde série d'actions en plus des premières.

Cette jeune fille n'est restée que trois mois à l'hôpital, et le

résultat de son séjour a été heureux. Nous n'avons pas eu beaucoup d'efforts à faire pour l'alimenter, il a suffi de lui montrer la sonde et de lui faire comprendre qu'elle serait nourrie de force. Elle en a conclu avec logique qu'elle n'était plus responsable de son alimentation puisqu'on la lui imposait et elle a mangé tranquillement. La discipline qui a limité ses prières, qui a supprimé les réparations lui a été favorable et il a suffi de quelques exercices réguliers d'attention pour qu'elle se sentît à peu près rassurée. Elle sort guérie de ce premier accès.

Observation 143. — **Manie de réparation.** — *Manie du symbole, tics.*

Deux mots seulement sur ce malade, Rd..., qui est identique à la jeune fille précédente, il répare aussi constamment ses prières, son travail, son attention insuffisante. Mais il répare autrement : il se borne à frapper un petit coup en passant sur les meubles qui sont près de lui. Cela vous paraît insignifiant et ce n'est pas aussi dangereux que le refus d'aliments ; c'est que ce petit acte a pour lui une forme symbolique, il symbolise une expiation. Le fait est ici simple, il faut le retenir, car nous le retrouverons infiniment plus compliqué chez de grands malades. Notez que ce petit mouvement a tout à fait l'apparence d'un tic, cela vous montre, une fois de plus, comment les tics se rattachent à toute la maladie du scrupule de nos psychasthéniques.

Observation 144. — **Manie d'expiation.** — *Rumination mentale.*

Voici un cas beaucoup plus complet de la manie d'expiation dans lesquels les ruminations mentales prennent un grand développement, il se rapproche évidemment des obsessions religieuses, mais les idées fixes sont loin d'être complètes et il nous semble préférable de rapprocher ce cas des manies précédentes.

Cette jeune fille de 21 ans, Lod..., est très difficile à examiner et à interroger même quand on la prend à part ; elle serait bien incapable d'expliquer quelque chose devant vous. En effet, elle ne peut parler de sa maladie sans éclater de rire et sans se moquer constamment d'elle-même ; elle est hésitante et embrouillée,

elle se répète, se contredit, puis prétend que ses tourments sont des choses microscopiques et que cela n'est pas la peine d'en parler : ce qui ne l'empêchera pas, le lendemain, de recommencer toutes ses absurdités. Cette attitude et ce langage sont déjà caractéristiques. Elle ne peut arriver à aucune expression nette et définitive de son état parce qu'en réalité, comme nous le verrons, elle n'arrive jamais à un état psychologique complet et terminé.

Pour ceux qui l'ont observé pendant quelque temps, sa maladie semble consister en une sorte de rêverie perpétuelle et douloureuse qui se substitue à toutes les actions, et qui semble la rendre de plus en plus incapable de prendre part à la vie réelle. Pour analyser cette rêverie, nous la diviserons en deux phénomènes essentiels que nous sommes habitués à retrouver chez tous ces malades, le mécontentement ou la critique de l'acte et le travail d'expiation.

Cette jeune fille éprouve au suprême degré un sentiment de honte, de remords, à propos de tout ce qu'elle fait, de tout ce qu'elle pense. Si on admet son interprétation, ce sentiment serait justifié par une manie presque sacrilège qu'elle aurait de mêler la religion à tout ce qu'elle fait. Elle ne peut pas manger du pain sans penser que l'hostie est faite avec du pain et que par conséquent il faudrait être en état de grâce pour le manger. Elle ne peut passer devant une boulangerie sans avoir l'idée qu'elle passe devant une hostie sans saluer ; il en est de même si elle traverse un trottoir où elle a vu un crachat, passer outre c'est « comme si elle envoyait Dieu promener ». Elle ne peut s'habiller ou se déshabiller à cause de la présence perpétuelle de Dieu et parce qu'elle trouve quelque impudeur à se dévêtir devant lui, elle ne peut donner à boire à son petit chien car elle craint de souiller ainsi le vin de la messe, etc. Quand il ne s'agit pas de la religion, il s'agit de la morale ; elle ne peut jouer du piano parce qu'elle y prendrait du plaisir et qu'on ne doit pas s'abandonner à l'égoïsme. Elle ne peut aimer une amie parce que ce serait enlever à ses parents l'affection qui leur est due. En un mot elle a toujours de très bonnes raisons à donner du mécontentement qu'elle éprouve de son acte.

Nous croyons que ces raisons ne sont pas le véritable point de départ du sentiment de mécontentement : elles sont déjà l'effet d'une rumination, et une manie de dépréciation qui est déjà sur-

venue après un trouble plus fondamental. La vérité c'est que cette jeune fille est depuis longtemps paresseuse, inattentive, et qu'elle est devenue de plus en plus lente. Le fait le plus caractéristique de l'abaissement du niveau mental est, chez elle, la disparition du plaisir de l'acte : c'est un point sur lequel elle revient perpétuellement, car elle se plaint de ne pouvoir prendre plaisir à rien. Elle s'amusait autrefois à son piano, aujourd'hui elle ne peut plus se laisser aller à ce plaisir : des rêveries religieuses, des idées de culpabilité surviennent au moment où le plaisir va se développer ; elle ne peut se réjouir avec ses amies, en un mot elle ne peut arriver à aucun sentiment complet. C'est là ce qu'elle a le plus vivement remarqué, c'est cette absence de plaisir qui détermine le plus de mécontentement. Il en résulte qu'elle ne se sent jamais bien libre : « Même quand l'idée ne vient pas, il y a quelque chose qui me gêne : je ne me sens jamais libre, et c'est là ce qui me fait croire que j'ai toujours Dieu devant moi. Il y a comme un point noir dans mon esprit, quelque chose de lourd qui l'empêche de me sentir libre. C'est pourquoi je ne peux pas renvoyer ces idées de religion qui s'appliquent sur tout. » On a observé que les distractions, les excitations vives lui font le plus grand bien ; si elle était vraiment obsédée par des idées religieuses, ces idées devraient au contraire surgir plus fortement dans un bal. Elle est distraite, dira-t-on ? Non, car il lui arrive au milieu du bal de penser à ses idées religieuses, de se les répéter et elle est toute surprise de voir que ces mêmes idées n'ont pas leur effet habituel et n'amènent aucunement la gêne, l'absence de liberté. C'est que l'excitation a relevé l'activité au-dessus de ce sentiment d'automatisme, et les idées ne correspondant plus au sentiment paraissent insignifiantes.

La malade ne s'en tient pas à ces sentiments d'incomplétude même accompagnés de la manie du symbole religieux. Elle éprouve un tel sentiment d'agacement qu'il lui faut essayer de sortir de cette situation pénible et la voici qui invente la nécessité d'une expiation pour réparer cet acte précédent. « Je ne puis pourtant pas continuer à offenser Dieu, je ne puis pas passer tout de suite à autre chose..., il faut qu'il y ait entre l'idée mauvaise et les autres actes une petite chose pour satisfaire Dieu. » Au fond il y a encore là un phénomène d'aboulie, la difficulté à passer directement d'un acte à un autre, le besoin de multiplier les intermédiaires. Elle invente donc une expiation, mais ici encore elle se

contente d'une expiation symbolique, d'un petit mouvement de la tête ou des bras, d'un petit acte absurde. Par exemple, elle devra, après avoir mangé sa soupe, tourner trois fois sa cuiller dans son assiette vide. « Si les convives la trouvent bête, tant mieux ce sera un acte d'humilité. » Si elle a essayé de s'amuser dans la matinée avec une amie, il faudra s'efforcer de s'ennuyer l'après-midi avec ses parents.

Malheureusement, les choses sont loin de se présenter avec cette netteté que nous sommes forcés d'ajouter en expliquant la maladie. Presque toujours la résolution de se soumettre à une expiation est aussi vague que le trouble initial lui-même. Lod..., qui n'était pas du tout convaincue d'avoir donné à boire à son petit chien le vin de l'eucharistie, trouve idiot de se soumettre à une punition pour cela ; dans son esprit elle esquisse un sentiment de protestation. Ce sentiment qui, lui aussi, n'est pas net laisse encore l'impression de mécontentement, paraît gêné, et voici encore la manie du symbole religieux qui recommence. « C'est comme si elle s'était moquée de Dieu. » A la suite, nouveau besoin d'expiation : puis le cycle recommence indéfiniment. Cette hésitation l'agace de plus en plus et prend toujours le caractère d'irréligion. « Voici que je joue à la balle avec l'idée de Dieu, il faut au moins recommencer cette discussion sans y mêler l'idée de Dieu », et elle recommence, en effet, mais de la même manière, bien entendu, et il n'y a pas de raison pour qu'elle termine jamais cette rumination. Il faut qu'on l'en tire de force, alors elle est furieuse, parce qu'on la force de se lever sans avoir conclu. « Faut-il donc que je laisse mes idées en litige ? » Ces ruminations se produisent perpétuellement à tout propos. On lui donne un joli chapeau qui lui plaît, elle ne s'abandonne pas au plaisir « parce qu'il faut d'abord remercier Dieu et compenser la coquetterie par un acte d'humilité. Mais est-il raisonnable de remercier Dieu pour un chapeau, c'est le rabaisser, il faut expier pour avoir mêlé Dieu aux choses matérielles. Le médecin a dit que cela était tout à fait égal au bon Dieu, mais le médecin n'est pas prêtre et, même s'il était le pape, il ne pourrait pas la dispenser de cette expiation parce qu'elle lui a mal expliqué la chose : c'est là qu'est son crime ; elle a mal expliqué au médecin, par égoïsme, pour se faire dispenser par lui d'expiations légitimes, etc., etc. ».

On comprend facilement la conséquence de semblables ruminations, c'est que toute la vie est remplie par ce travail aussi péni-

ble que futile de la pensée et que l'activité pratique, celle qui fait et qui apprend se réduit de plus en plus. La malade s'en aperçoit et souffre de cette réduction de son activité autant que de ses tourments.

Il est évident que cette maladie est due à une disposition particulière de l'esprit dans cette famille. Il n'y a pas chez les parents de maladie mentale particulière, mais il y a une disposition au développement de l'intelligence au détriment des facultés actives. Le père est un délicat, un impressionnable, la mère est plus nerveuse, plus faible encore de volonté, elle devient malade pour un changement d'appartement et présente très peu de faculté d'adaptation. Ce qui montre mieux encore cette prédisposition de la race, c'est que la malade a un frère qui présente exactement les mêmes troubles à un degré plus grave, puisque chez lui se sont développées de véritables obsessions religieuses.

Cette malade a été extrêmement améliorée par l'influence qu'a pris sur elle une de ses amies, c'est ce qui arrive fréquemment chez les psychasthéniques ayant avant tout besoin d'une direction.

Observation 145. — **Manies du présage et du serment.** — *Aboulie, indécision, manies mentales.*

Cette jeune fille, âgée de 30 ans, Mw..., nous présente un bel exemple d'une autre forme de manie mentale très curieuse et très fréquente, mais qui, d'ordinaire, est associée avec les grandes obsessions religieuses. Chez cette malade, cette manie mentale est encore assez isolée et nous pouvons l'étudier sous sa forme typique.

Cette jeune fille présente d'ailleurs une particularité assez remarquable, c'est qu'elle n'est pas encore réglée. A l'âge de 15 ans, elle ressentit quelques douleurs dans le ventre et dans les reins, elle eut des maux de tête. A la suite de ces troubles légers, elle eut des saignements du nez, se reproduisant plusieurs fois pendant deux ou trois jours. Le mois suivant, les mêmes troubles se reproduisirent et amenèrent encore quelques saignements de nez. Les choses se passèrent de la même manière pendant deux ans ; puis ces saignements du nez disparurent, et il ne resta qu'une courbature périodique devenue de moins en moins carac-

téristique. Le fait le plus curieux, c'est que cette malade a deux sœurs à peu près du même âge et que ni l'une, ni l'autre ne sont réglées. Les organes génitaux de cette malade semblent cependant normaux, quoique de peu de développement. Les seins sont restés tout à fait infantiles, le mamelon a la grosseur d'une tête d'épingle comme chez une petite fille de sept à huit ans. Cet arrêt de développement chez les trois sœurs est remarquable. Il n'y a pas cependant dans la famille de grandes tares, la mère est seulement névropathe avec une disposition aux obsessions.

Notre malade en même temps que cet arrêt de développement génital présente une grande faiblesse cérébrale, cette faiblesse comme nous l'avons déjà remarqué bien des fois, n'affecte pas l'intelligence proprement dite, mais supprime presque complètement la volonté et l'attention, ces facultés supérieures si on se place au point de vue de la vie et de la santé morale. Hésitante, timide, elle trouve toute action difficile. « Il faut toujours, dit-elle, que je prenne ma volonté à deux mains pour qu'elle fasse quelque chose, c'est très pénible, je pense toujours trois ou quatre choses à la fois, c'est ce qui m'empêche de faire ce que je voudrais ; il me semble que je devrais sans cesse être dirigée par quelqu'un, comme un petit enfant. »

Dans ces conditions, se sont développées surtout depuis l'âge de vingt ans, une foule de manies mentales, dont quelques-unes nous sont déjà bien connues : elle a la manie de la répétition et du retour en arrière, il faut qu'elle relise cinquante fois de suite le même passage, parce qu'il lui paraît lu d'une manière insuffisante, il faut que dans la rue elle revienne sur ses pas, repasse avec précision au même endroit, qu'elle touche un certain nombre de fois le même pavé, etc. Elle a des manies curieuses de précision et de calcul : par un exercice continuel, elle est parvenue à reconnaître immédiatement avec combien de doigts elle touche un objet. Or, il y a certains nombres de doigts qu'elle redoute ; il faut éviter surtout de toucher avec sept doigts à la fois. Pour éviter ce malheur, elle refuse de toucher un objet avec les deux mains à la fois. Mais cette précaution devient insuffisante : elle a touché un objet avec une seule main, en appuyant fortement trois doigts et légèrement le quatrième. Il en résulte qu'elle a touché avec trois doigt et demi d'une main ; ce qui ferait pour les deux mains, si elle les avait employées, sept doigts et l'impression est tout aussi pénible que si elle avait employé en réalité les

sept doigts. Une autre manie, c'est ce qu'elle appelle « la manie de pénitence », et que nous connaissons déjà sous le nom de manie de l'expiation. A chaque instant, elle a envie de se condamner à une privation à propos d'une action ou d'une pensée quelconque. Mais ce trouble se rapproche d'une dernière manie plus intéressante sur laquelle nous voulons insister un peu.

Il s'agit de *la manie des présages, des serments, des pactes,* qui est extrêmement répandue et qui joue un rôle considérable dans le délire du scrupule. Il s'agit, dans cette manie, d'une dérivation mentale particulière, l'esprit ne reste pas nettement sur l'idée d'une action ou d'une perception, il passe immédiatement à une autre pensée qui se présente comme une condition liée à la première par les liens de la prédiction ou de la promesse conditionnelle. Par exemple, au lieu d'avoir des besoins de répéter le toucher, Mw... va avoir la pensée d'un présage à propos du toucher : « Si je touche cet objet, ma mère succombera à sa maladie », ou bien en lisant elle est arrêtée devant un mot : « Si je passe ce mot, si je le traverse, ce sera une mauvaise action, j'en serai punie, il arrivera un malheur à mes sœurs, et ce sera à cause de moi. »

Dans le présage, l'événement secondaire, associé par la pensée au premier, était un événement indépendant de la volonté du sujet; dans le serment et le pacte, le second événement est une action que le sujet se sent forcé de promettre pour pouvoir accomplir la première. Le serment peut prendre plusieurs formes, et cette jeune fille présente toutes ces variétés. La première et la plus simple se rapproche de la menace : la malade sent sa volonté défaillante au moment d'accomplir un acte qu'elle sait nécessaire ou agréable, elle veut tenir sa volonté, la forcer, et elle s'impose à elle-même des punitions dans le cas où elle ne ferait pas l'action. « Si je ne fais pas ma lecture, je jure que je ne sortirai pas avec ma sœur cet après-midi. » C'est le langage d'une mère à son enfant qui ne travaille pas bien. Dans une autre variété plus fréquente chez cette personne, le serment n'est pas une excitation à l'action présente, il est un arrêt. « Si je fais telle action présente, je jure de me priver plus tard d'un plaisir auquel je tiens. » Il suffit qu'elle désire une action future pour que la pensée de cette action désirée devienne un obstable à toutes les actions présentes. Ainsi, elle désire faire une promenade en bicyclette dans quelques jours; durant ces quelques jours toute sa vie va être

troublée, car à propos de chaque action, elle va se sentir obligée de jurer qu'elle renonce à la promenade. « Je veux prendre mon mouchoir dans ma poche, il faut pourtant bien que je me mouche : il me semble que si je fais cela, j'ai juré de ne pas faire cette promenade en bicyclette, c'est horriblement agaçant. » Le plus triste c'est que, quand arrive le moment de la promenade désirée, elle ne peut pas non plus l'accomplir, parce que à ce moment, le souvenir de tous ces serments réapparait : puisqu'elle avait juré de ne pas sortir si elle se mouchait et qu'elle s'est mouché tout de même c'est qu'elle ne doit pas sortir, les serments passés deviennent maintenant un obstacle pour la promenade elle-même. Alors commencent les ruminations : « a-t-elle bien juré qu'elle ne se promènerait pas, et ces serments sont-ils valables ? » Ces interrogations se prolongent pendant toute la nuit qui précède la promenade, le matin elle n'est arrivée à aucune solution, et elle reste horriblement agitée. Le plus grave, c'est qu'à force d'hésitations et de retards elle finit par ne pas sortir, et qu'ainsi, l'acte a été véritablement supprimé. Ces malades finissent ainsi par supprimer de plus en plus tous les actes : leur vie se restreint et diminue de toutes manières. C'est là le grand danger de ces manies, elles aboutissent à l'immobilité, à la suppression de la vie active.

Cette jeune fille sera certainement calmée par l'usage du bromure, son agitation mentale est trop grande pour que l'on puisse lui faire faire immédiatement des efforts sérieux. Elle sent fortement le besoin de direction, il est probable qu'une éducation analogue à celles dont nous vous avons souvent parlé, réussirait facilement avec elle.

Observation 146. — **Tics et manie du présage.**

Vous retrouvez cette même manie du présage et du pacte, chez cette enfant de 12 ans, Nard.... Elle semble avoir de simples tics, elle secoue la tête brusquement, elle marche lentement en évitant de mettre les pieds dans l'intervalle des pavés, etc. Mais ces tics sont compliqués de ruminations mentales variées qui la rendent déjà très malheureuse, chacun de ces gestes est accom-

pagné d'une longue suite de pensées : « Si elle ne secoue pas la tête, elle mourra dans la semaine ; si elle ne compte pas bien les pavés, elle ira en enfer ; si elle a regardé de côté en marchant, c'est un présage de mort, etc. » Ajoutez que le père de cette enfant est en ce moment à Sainte-Anne, et vous jugerez comme nous que ces tics qui paraissent si insignifiants, ont cependant une sérieuse signification pour l'avenir.

DEUXIEME PARTIE

LES IDÉES OBSÉDANTES

CHAPITRE I

LES IDÉES HYPOCONDRIAQUES

La maladie mentale que nous décrivons se présente d'une manière plus complète et plus grave quand les malades sont tourmentés par des idées proprement dites qui constituent *les obsessions*. Ils ne se bornent plus aux troubles simples, aux faiblesses, aux insuffisances physiologiques et psychologiques que nous avons examinées dans nos premières leçons, ni aux sentiments d'incomplétude qui en résultaient. Ils dépassent également ces agitations plus ou moins diffuses ou plus ou moins systématiques qui constituaient les angoisses, les tics ou les manies mentales. Ils ont à propos de tous ces troubles des idées générales plus ou moins claires qui envahissent l'esprit à tout propos sans rapport avec les circonstances extérieures et en dépit de la volonté du sujet. Ces idées obsédantes, qui semblent avoir des objets très variés nous semblent cependant se rattacher presque toujours aux pensées de *la maladie, de la honte, du crime, du sacrilège*. Les plus simples sont les obsessions hypocondriaques relatives à la maladie.

Observation 147. — **Idée obsédante des maladies de poitrine, des maladies de cœur, des maladies des organes génitaux.** — *Sentiment d'incomplétude génitale, excitation génitale, manie des efforts dans la masturbation, angoisses, idées de persécution.*

L'observation de cette malade, Len..., âgée de 35 ans, doit être rapprochée de celle d'une autre malade, Loa..., que nous venons d'étudier dans une leçon précédente (Obs. 138). Il s'agit aussi d'un trouble psychasthénique assez grave qui a pris naissance à la suite d'une modification dans les sensations génitales. Déjà, dans l'ob-

servation précédente, nous vous avions fait remarquer qu'il y a là, surtout chez les femmes, la source d'un très grand nombre de troubles névropathiques. Cette remarque est faite aujourd'hui de divers côtés. Elle a donné naissance à la théorie de Freud qui rattache les névroses d'angoisse à des insuffisances génitales. Quoique la thèse nous semble très exagérée, nous devons reconnaître ce qu'elle a de juste dans certains cas et en particulier dans l'observation présente.

Cette femme toujours névropathe, réglée tard, à 15 ans, est depuis réglée avec quelque irrégularité, s'est mariée a 20 ans et a eu un enfant tout de suite. Comme il arrive souvent, elle est restée très froide et très insensible dans ses rapports avec son mari et au début elle ne s'en est pas autrement préoccupée. Plus tard à la suite de fatigues et d'un état gastro-intestinal qui ressemble peut-être à une fièvre muqueuse bénigne, elle est devenue inquiète et a senti plus fortement ces impressions d'incomplétude que nous retrouvons chez tous les psychasthéniques : « Il lui semblait qu'elle ne travaillait plus bien, qu'elle ne comprenait plus les choses, que rien chez elle n'était terminé, que toutes les émotions, même la joie ou la peur n'arrivaient plus jusqu'au bout. » Ce sentiment à tort ou à raison se spécialisa d'une manière toute particulière sur les sensations génitales, il lui semblait qu'elle « n'avait rien compris à l'existence, que son mari ne lui avait pas appris ce que c'est que vivre, qu'elle devait éprouver quelque chose là comme les autres femmes et que cela la guérirait. »

N'arrivant à rien avec son mari, elle a fait une expérience psychologique en prenant un amant, mais le malheur a été qu'elle n'a rien éprouvé de plus avec celui-ci. Il y avait bien un début d'excitation, mais la sensation voluptueuse au lieu de se développer semblait se transformer en émotions vagues, en peurs, en souffrances. C'est la dérivation sous forme d'angoisse que nous connaissons bien. Elle survient chez les psychasthéniques, non seulement à la place des émotions, mais également, comme nous vous l'avons montré, à la place des actions réelles ou des attentions à la réalité.

Après cette déception, notre malade essaya d'un autre système et nous voyons se développer chez elle une véritable manie de la masturbation. Faites attention à la manière dont cette femme cherche l'émotion génitale, car ce n'est pas du tout chez elle le

vice habituel : il y a là un état maladif tout spécial qu'il faut bien savoir reconnaître pour ne pas être embarrassé en présence de cas de ce genre. Len... ne se touche pas pendant quelques instants pour s'arrêter à la jouissance, comme dans les cas ordinaires : quand elle a commencé elle continue indéfiniment sans aucun plaisir, elle éprouve même des souffrances locales (elle s'écorche jusqu'au sang), elle se sent angoissée, elle est épuisée de fatigue. « Mais il faut qu'elle continue, il faut qu'elle ait le courage de pousser ses efforts jusqu'au bout, car si elle réussissait, elle serait soulagée, tandis qu'elle ne peut pas rester comme cela. » L'excitation devient de plus en plus pénible : la malade a des pleurs de rage, elle suffoque et elle veut cependant continuer toujours. Cela dure ainsi jusqu'à ce qu'elle soit complètement épuisée et qu'elle s'endorme. Comparez cette crise à celle que nous avons décrite à propos des efforts de vomissements chez ce malade qui avait besoin d'expulser une dernière gorgée de bile et qui se tordait toute la nuit en efforts pour la faire partir. C'est au fond exactement la même chose avec une localisation un peu différente. C'est une excitation motrice et émotionnelle sous forme d'efforts se présentant par crise à propos d'un sentiment d'incomplétude et d'une insuffisance fondamentale, soit de la digestion, soit des fonctions génitales.

Chez cette femme les choses n'ont pas tardé à aller plus loin, car un véritable délire est venu résumer et interpréter les troubles qu'elle éprouvait. Les idées obsédantes sont de deux sortes, d'abord les plus simples, des idées hypocondriaques : elle se croit malade tantôt à la poitrine, tantôt au cœur, plus souvent au ventre, elle réclame des soins et veut se faire opérer. Cette idée revient sans cesse à son esprit, quoiqu'elle en sente encore sinon la fausseté, du moins l'exagération. Remarquez la conduite de ces hypocondriaques qui par leur seule allure vous montrent bien la forme de leurs obsessions et le doute qu'ils conservent toujours. En se présentant à notre consultation elle demande à être auscultée, car elle craint, dit-elle, une maladie de cœur. Si cette malade croyait réellement avoir une maladie de cœur est-ce qu'elle serait venue se faire ausculter à la Salpêtrière ? Elle sait bien « que sa maladie de cœur a quelque chose de spécial... que c'est tout de même une maladie de cœur, mais que c'est en même temps une maladie nerveuse..... ». Elle est la première à sourire pendant qu'on l'ausculte, et elle serait bien étonnée si nous lui disions que

son cœur a quelque chose. A côté de ces obsessions hypocondriaques se développent d'autres obsessions qui sont plus graves. Len... a pris en haine son mari, elle se figure qu'il est la cause de tout, toujours « parce qu'il ne lui pas fait connaître la vie, parce qu'il est impuissant, parce qu'il n'est pas un homme comme les autres ».

Vous ne serez pas étonnés si nous vous disons qu'elle rendait la maison un véritable enfer. Son mari, pour s'en débarrasser, l'a déjà envoyée dans un asile ; elle n'y est pas restée, car le délire n'était pas assez complet. Ces malades ont en effet une situation délicate sur les frontières de la raison et de la folie, plus souvent qu'on ne le croit ils versent dans le délire de persécution.

Observations 148, 149, 150. — **Obsession des vers intestinaux.**

Il y a des obsessions que vous retrouverez plus fréquentes dans certains milieux ; comme ces idées obsédantes sont au fond le résultat d'une interprétation faite par le malade, il est tout naturel que ces interprétations soient en rapport avec les idées courantes du milieu où il se trouve.

Dans un milieu un peu élevé vous entendrez assez rarement parler de maladies causées par les vers, tandis que le peuple de Paris continue à s'y intéresser beaucoup. Cela vous explique que nous puissions ici réunir trois malades ayant la même obsession, ayant l'idée qu'ils sont rongés par des parasites. Cette femme de 42 ans, Bé..., porte une robe qui a une grande tache de malpropreté et d'usure sur le côté gauche du ventre, c'est qu'elle ne peut pas s'empêcher de frotter continuellement cet endroit. La raison en est qu'elle croit avoir un ver dans le ventre, c'est un ver tout spécial qu'elle appelle le ver araignée, « parce qu'il a des pattes velues comme une araignée. Ce ver remue avec des glissements froids, il se pelotonne à l'estomac, il étend ses pattes dans le ventre. » Ici elle rit en vous racontant tout cela, mais elle ne peut y penser sans trembler quand elle est chez elle. Elle passe des journées à s'interroger sur la présence du ver, et elle a à ce moment de grandes suffocations d'angoisse. C'est une pauvre femme mal élevée par des parents alcooliques, battue dans son enfance, nourrie d'une façon absurde, qui a perpétuellement souffert de l'estomac et de l'intestin. Elle a toujours alterné entre des diarrhées et des

constipations. Elle a souvent rendu les longs filaments de mucus desséché de la colite muco-membraneuse. Enfin pour comble de malheur, elle a eu, il y a trois ans, de la métrite, on lui a fait le curettage de l'utérus et l'ablation du col. C'est depuis ce moment qu'elle est complètement tombée dans un état de dépression, d'angoisse continuelle et que s'est peu à peu développée l'histoire du ver.

Cette femme de 63 ans, Mor..., a aussi un ver qui a des mœurs singulières. « Ce ver remonte lentement jusqu'à la gorge, arrivé en haut, il donne un petit coup de tête dans la gorge, puis il redescend bien vite. Tout le temps elle le sent dans le ventre ou dans le dos, elle s'étonne que nous ne l'entendions pas grouiller. Cette pauvre femme a déjà souvent eu des crises de phobie ou d'obsession, on peut se demander si la forme un peu ridicule de cette dernière idée n'indique pas en même temps que l'état psychasthénique un certain degré d'affaiblissement sénile.

Enfin le ver de cet homme, âgé de 38 ans, Duh..., remonte encore plus haut : « Il va jusqu'à la racine du nez où il tressaute continuellement, puis il passe sous la paupière, et enfin il redescend dans le ventre. On dirait que ce ver tire des fils dans le nez et dans la tête. » Nous avouons avoir quelque peine à comprendre la genèse de ce ver. Cet homme a un trouble très net qui dure depuis trois ans, c'est un agoraphobe. Ce n'est que depuis quelque temps qu'il interprète ses troubles d'estomac et ses maux de tête par l'obsession du ver.

Observation 151. — **Obsession de la cécité.**

Cette femme de 33 ans vient d'être atteinte d'une maladie cruelle pour une cause bien futile. Elle a assisté dernièrement à un concert et s'est trouvée placée non loin d'un des musiciens, violoniste, qui était aveugle. Elle a passé toute la soirée à considérer avec émotion cet aveugle. Le lendemain, elle a simplement demandé à son mari, sans autre explication, de la conduire chez un oculiste.

Celui-ci a examiné les yeux et n'y a rien trouvé d'anormal. Le jour suivant, nouvelle visite à un autre oculiste et quand on ré-

clame l'explication de ses inquiétudes, elle finit par avouer qu'elle se croit aveugle. Cette idée est des plus étranges, puisqu'elle semble en contradiction avec tout ce qu'elle fait. Cette femme va et vient, se sert constamment de ses yeux et se démontre perpétuellement à elle-même qu'elle y voit très clair. Elle n'en est pas moins de plus en plus bouleversée, elle refuse de manger, parle à peine, ne peut plus dormir, reste toute la journée à pleurer et à gémir. Les angoisses deviennent très grandes, et elle parle de se jeter par la fenêtre pour ne pas rester aveugle.

Il est bien difficile de trouver un trouble quelconque qui puisse justifier cette idée : la vue n'est aucunement altérée, la sensibilité des paupières est absolument normale, les quelques chatouillements que la malade prétend y ressentir de temps en temps sont plutôt la conséquence de ses frottements perpétuels. Il n'y a rien là qui ressemble à ces phénomènes locaux si fréquents chez les hystériques. Il n'y a là qu'un phénomène mental.

Il s'agit d'une famille très tarée qui compte des aliénés et des suicides. Cette femme molle, paresseuse, disposée sans cesse à se plaindre est le type de l'aboulique hypocondriaque. Elle vit dans une situation évidemment très fâcheuse pour son état d'esprit, à peu près abandonnée par son mari et très isolée, elle est obligée de dissimuler le chagrin qu'elle en ressent. Voici longtemps qu'elle est inquiète et angoissée à ce sujet. Il semble vraiment qu'elle a saisi avec bonheur cette occasion de donner un corps à ses inquiétudes, elle paraît heureuse d'avoir trouvé une souffrance qu'elle puisse avouer et pour laquelle elle puisse se faire plaindre. Cette idée de la cécité, « d'un grand malheur irréparable, qui perdrait toute sa vie », s'est emparée rapidement de son esprit comme si le terrain était préparé. Il y a eu là évidemment une émotion déprimante chez cette femme peureuse, qui a été impressionnée par la vue d'une infirmité, ce dernier choc a développé les angoisses et a résumé tout un ensemble de troubles précédents.

Il est intéressant de vous signaler une rechute chez cette malade un an après sa guérison. Les toniques, les injections de sérum, suivant la formule de Chéron, les occupations réglées, et surtout une direction assez sévère de l'esprit avaient très rapidement eu raison de la première crise. Un an après elle a dû assister à une petite opération faite à sa mère : émotion, dépression mentale, et immédiatement après recommence l'obsession d'être aveugle. Nous connaissons déjà cette disposition des psychas-

théniques à retomber immédiatement dans la même obsession dès qu'ils ont de nouveau un abaissement mental. Il est probable que les mêmes procédés arriveront assez vite à guérir cette nouvelle crise.

Observations 152, 153, 154, 155, 156. — **Obsession de la mort.**

Nous voudrions étudier, sur ces cinq malades, une même obsession qui est d'ailleurs l'une des plus fréquentes, et profiter de l'occasion pour vous faire remarquer comment se forment ces obsessions psychasthéniques. Cette première malade, Sol..., âgée de 29 ans, présente un accident psychasthénique des plus simples. Elle vient de suivre son mari aux colonies où elle s'est trouvée complètement isolée de tous les siens. Elle a éprouvé ce trouble bien connu des jeunes femmes, le sentiment de l'isolement et de l'abandon, l'ennui d'un milieu différent auquel elle ne s'accoutume pas ; puis, des pertes d'argent, le caractère un peu sombre du mari ont aggravé les choses. Elle présentait alors ce que nous avons considéré comme le premier degré de la maladie, l'état psychasthénique, avec inattention, aboulie, ennui. Dans ces conditions, elle a cherché elle-même ce qui expliquait son état maladif, elle s'est trouvé toutes espèces de maladies sans pouvoir préciser, et elle a fini par se mettre en tête qu'elle était exposée à une mort prochaine. Il n'y a pas de véritables angoisses, ni de rumination mentale ; elle se dit assez tranquillement qu'elle va bientôt mourir et que c'est triste ; d'autre part, comme elle est intelligente, elle s'étonne de ne pas mourir plus vite et elle se rend compte que son idée est absurde. Dès qu'elle est un peu plus gaie, grâce à quelque excitation, elle chasse l'idée; dès que la dépression revient, elle répète tout le temps qu'elle va mourir. Il y a des personnes de ce genre dont il faut connaître le langage pour en apprécier la valeur. Quand ils déclarent qu'ils vont être ruinés, cela veut dire qu'ils ont gagné un peu moins. Quand celle-ci dit aux autres et se dit à elle-même qu'elle va mourir, c'est comme si elle disait : « Je suis fatiguée. » Donc l'idée de mort est simplement dans ce premier cas l'expression d'un état de faiblesse et d'abaissement mental.

Ce petit garçon de treize ans est le fils de la malade précédente, lui aussi a peur de mourir et le répète à chaque instant. Ici ce

n'est même plus de la dépression mentale, c'est de l'imitation. C'est un petit nerveux, somnambule la nuit, peut-être un futur hystérique : il se suggestionne en écoutant les doléances maternelles. Si la mère ne consent pas à exprimer autrement ses fatigues, il faudra lui retirer l'enfant.

Cette jeune fille de 21 ans, Ds..., est obsédée par la pensée de la mort mais d'une manière beaucoup plus grave. Cette pensée revient par accès, envahit l'esprit complètement pendant un ou deux jours ; elle s'accompagne de grands phénomènes d'angoisse avec agitation et suffocation. Cette jeune fille appelle au secours, se suspend au cou des personnes présentes demandant en grâce qu'on la soutienne et qu'on la console.

Cette obsession n'est chez elle que l'aboutissant d'un assez grand nombre de phénomènes précédents. Quoiqu'il n'y ait guère d'antécédents héréditaires, elle a toujours été une névropathe. Peut-être faut-il tenir compte de ce fait qu'elle est la dernière de six enfants, que la mère était épuisée et le père très âgé. Terreurs nocturnes dans l'enfance, règles tardives à 16 ans, tic des épaules à ce moment, puis, à 17 ans, une série de phobies. La plus importante a été la peur des petites bêtes, qui se rattache aux manies de la précision, à la micromanie, aux manies de propreté. Non seulement, elle voulait se laver les mains toute la journée, mais elle avait la manie de se laver constamment le nez et les oreilles. » Une petite punaise aurait si bien pu s'y glisser. » Elle avait aussi la phobie des fonctions et surtout la phobie des fonctions intestinales : aller à la selle était pour elle une terreur. Bientôt, par une transformation intéressante, elle eut la manie de la perfection pour les selles et se rendait au cabinet cinquante fois par jour. Quand on essayait de diminuer ses manies, elle avait d'horribles angoisses ; depuis quelque temps surtout, ayant eu à passer des examens, elle avait lutté contre ses manies et les angoisses s'étaient beaucoup développées.

Ces angoisses étaient très pénibles, il lui semblait qu'elle suffoquait, qu'elle mourait. Bientôt la peur de l'angoisse devint la peur de mourir et aujourd'hui l'obsession de la mort accompagne chacune des angoisses quelles que soient les conditions qui la déterminent. Ainsi nous lui retirons un mouchoir qu'elle appuie sur son nez et nous voulons la forcer à respirer à l'air libre, c'est une lutte contre sa manie des petites bêtes : l'effort amène l'angoisse

et immédiatement elle a comme le sentiment de sa fin prochaine, ce qui augmente la terreur. L'idée de mort est ici l'expression de phénomènes antécédents d'angoisse et surtout de l'angoisse morale.

La quatrième malade, Bal..., est une institutrice instruite qui applique bien mal son intelligence. Elle a toujours été une rêveuse et elle a pris l'habitude des ruminations mentales : aboulique, indécise, jamais satisfaite, elle voudrait sans cesse être dirigée et elle est tourmentée par le sentiment qu'elle n'est jamais assez aimée. Elle a, depuis quinze ans, une série de manies mentales que nous connaissons bien et que nous avons déjà désignées sous le nom de manies de l'au delà. Elle ne vit pas dans le présent, mais elle se préoccupe toujours de ce qui va arriver après. Vous remarquerez à ce propos qu'il y a des psychasthéniques qui vivent dans le passé, d'autres qui vivent dans l'avenir, leur maladie consistant toujours à ne pas vivre dans le présent ; celle-ci a la manie de la recherche appliquée à l'avenir. « Comment sera mon cours demain ? Est-ce que j'aurai des ennuis et si la journée de demain se passe bien, que sera celle d'après-demain ? » Cette manie est très fréquente. Nous avons vu il y a quelques jours une jeune femme d'une vingtaine d'années qui s'interrogeait avec angoisse sur la façon dont elle pourrait payer la robe de noce de sa fille qui avait dix-huit mois. Bal... en est venue à se préoccuper d'un avenir de plus en plus éloigné : « Comment se portera mon mari dans dix ans ? » Telle a été pendant longtemps une de ses questions préférées. « Combien de membres de ma famille seront encore présents dans vingt ans ? » Puis elle dépassa même ces échéances et elle en vint à s'interroger sur la vie future après la mort. Pendant plusieurs années, elle eut ainsi des ruminations sur l'immortalité de l'âme.

Malheureusement ces méditations altérèrent la foi de sa jeunesse, elle se mit à douter de cette immortalité et ce doute d'ailleurs s'accordait très bien avec sa maladie. A partir de ce moment, la mort lui parut beaucoup plus terrifiante, et ses ruminations d'avenir se fixèrent sur l'idée de la mort. En ce moment, elle ne pense plus qu'à cela. « Quand mourra mon mari ? Les vieilles gens se doutent-ils qu'ils sont près de la mort ? Ai-je dit à mon mari qu'il était plus vieux que moi et qu'il avait plus de chances de mourir ? D'ailleurs, n'est-il pas possible que je meure avant lui ? »

Il est à remarquer qu'elle n'est pas très angoissée, c'est ce qui arrive dans les véritables ruminations où l'agitation mentale est plus grande que l'agitation viscérale. L'angoisse, d'ailleurs toujours légère, ne vient que si elle veut se débarrasser de ces pensées absurdes, car il se produit alors une modification dans la dérivation.

Il y aurait plusieurs remarques intéressantes à faire sur cette malade. Une des plus curieuses c'est qu'elle présente, à un haut degré, l'alternance des troubles cérébraux et des troubles de l'estomac. Quand les ruminations se calment elle ne digère plus du tout, il y a atonie de l'estomac qui se gonfle et devient clapotant jusqu'à l'ombilic, puis il y a fermentation anormale, résorption de produits toxiques, migraine, acidité urinaire, etc... Quand ces troubles se calment, les obsessions recommencent ; nous vous avons déjà signalé ces faits, nous les reverrons encore avec plus de détails. Pour le moment, nous remarquons seulement que chez cette malade l'obsession de la mort est le développement d'une manie mentale de l'au delà.

Enfin, cette cinquième malade, Ml..., femme de 50 ans, est arrivée à la même obsession de la mort par un tout autre mécanisme. C'est une femme qui a toujours été nerveuse et impressionnable, mais qui en somme est restée bien raisonnable jusqu'à ces dernières années. Il y a trois ans, elle eut le malheur de perdre sa fille unique âgée de 26 ans et en fut bouleversée. Elle commit alors une grosse sottise : elle voulut aller habiter avec son mari à peu de distance du cimetière de campagne où on avait inhumé sa fille, et elle fit bâtir sur le tombeau un petit monument assez élevé pour qu'elle pût facilement l'apercevoir de sa fenêtre. Ceci fait, elle se renferma dans cette campagne fort isolée et de sa fenêtre envoyait le bonjour à son enfant en regardant le tombeau. Tout cela est-il bien raisonnable ? Est-ce qu'il n'y avait pas déjà des troubles à ce moment? Cela est possible mais la pauvre dame prétend qu'elle restait à ce moment bien tranquille et en bonne santé. L'année dernière, au moment où commençaient les troubles de la ménopause, elle eut à subir une petite opération chirurgicale. Elle resta troublée, plus faible qu'à l'ordinaire et plus inquiète. C'est à ce moment qu'à sa grande surprise, elle commença à s'appliquer à elle-même cette idée de mort dont elle s'entretenait depuis des années à propos de sa fille et

maintenant ce sont des crises d'angoisse avec terreur de mourir qui la prennent à tout instant du jour et de la nuit.

Il est intéressant de relever la diversité de ces origines pour une même obsession. Il n'en est pas ainsi, croyons-nous, dans l'hystérie. D'ordinaire, quand les hystériques rêvent à la mort, c'est qu'elles ont vu mourir quelqu'un, la suggestion est simple et reproduit un événement précis.

Dans nos cinq observations, il n'y en a qu'une où il y ait eu au début un spectacle véritable de la mort et encore, dans ce cas, n'est-ce pas l'image de la mort de l'enfant qui constitue l'obsession, mais de longues réflexions à propos d'un tombeau. Chez toutes les autres malades il n'y a jamais eu d'émotion causée par une mort véritable ; chez chacune l'idée de mort se forme par un mécanisme différent, chez l'une à propos de sentiment de faiblesse, chez l'autre à propos d'angoisse, chez la troisième à propos de réflexions sur l'au delà. Cela nous montre bien comment les obsessions sont un aboutissant de tout un travail mental, qui peut prendre des formes très diverses. C'est pourquoi nous les considérons plutôt comme une expression des troubles antérieurs et non comme le résultat d'une suggestion simple.

Observation 157. — **Obsessions hypocondriaques.** — *Masturbation, algies, phobies, obsessions, hallucinations symboliques, hypocondrie, etc.*

Ce malade, Jean, âgé de 32 ans, que nous désirons vous présenter le plus rapidement possible, constitue dans la pathologie des obsessions, le cas le plus remarquable, le plus extraordinaire que l'on puisse imaginer. Il est à peu près impossible de le décrire d'une façon suffisante, ou plutôt cette description occuperait un cours d'une année et ne laisserait aucune place aux autres malades. Et cela, pour une excellente raison : c'est qu'il représente à lui tout seul la pathologie tout entière des psychasthéniques. Il n'y a pas au cours de cette maladie un symptôme, une algie, une phobie, une manie, une impulsion, une obsession dont vous ne puissiez trouver immédiatement un bel exemple dans l'histoire de ce pauvre garçon. Il en résulte que pour vous décrire son observation, il faudrait refaire tout notre enseignement de cette

année et recommencer, avec de bien plus grandes complications, toutes les descriptions qui ont déjà été faites sur cent autres malades. Nous ne pouvons reprendre ce travail[1], et nous nous bornerons à une indication rapide des innombrables phénomènes pathologiques que présente ce malade vraiment exceptionnel.

La maladie est franchement héréditaire, quoique l'on ne constate pas parmi les ascendants de maladie mentale bien déterminée : il s'agit évidemment d'une évolution fatale de la famille dans un sens déterminé. Le grand-père paternel, sans avoir été précisément un malade, était déjà un hypocondriaque et un mélancolique. Il avait parmi ses frères et sœurs des nerveux et des bizarres. Le père est un homme très distingué, intelligent et travailleur ; mais son caractère inquiet et timoré est évidemment anormal. Il prend par moment des humeurs noires qui touchent de bien près à des crises d'obsession, enfin il est atteint de la goutte.

Jean fut évidemment anormal depuis son enfance : craintif, consciencieux à l'extrême, épouvanté par le plus petit reproche, d'une maladresse pratique invraisemblable, vivant replié sur lui-même, étranger à tout, il ne put jamais s'adapter à la vie de collège et fut toujours la victime de tous ses petits camarades. L'éducation que lui donnèrent ses parents, ne contribua pas peu à augmenter ses troubles du caractère. On le soignait trop minutieusement, on ne lui laissait aucune liberté que d'ailleurs il ne demandait pas. A 18 ans, une domestique le conduisait encore au lycée et le recherchait, jamais on ne le laissa se débrouiller un peu tout seul. Aussi resta-t il toujours tremblant, renfoncé en lui-même, paralysé devant la moindre difficulté, et surtout devant la moindre personne.

Le malade fait débuter ses troubles principaux vers l'âge de quinze ans, au moment où il prétend avoir pris l'habitude de la masturbation : il conserve encore aujourd'hui un remords terrible de ces premières fautes auxquelles il attribue tous ses maux. Il se peut que ces mauvaises habitudes l'aient quelque peu affaibli, mais nous ne pouvons pas croire qu'elles aient déterminé à elles seules sa maladie ; la prédisposition héréditaire, l'éducation

1. Ce malade est l'un de ceux qui ont été le plus souvent cités dans le premier volume de cet ouvrage ; nous ne donnons ici qu'un résumé de son observation qui permettra de coordonner les différents détails déjà indiqués.

ont joué un rôle bien plus considérable. Quoi qu'il en soit, ces masturbations avaient déjà quelques caractères anormaux : d'abord elles étaient faites avec une naïveté, une inconscience des phénomènes sexuels absolument invraisemblable chez tout autre ; ensuite, il s'y mêlait déjà des phénomènes de fétichisme, des associations d'idées bizarres. Il avait un fol amour, très vague d'ailleurs, pour une femme de chambre assez laide et louche qui le traitait en enfant. Le mouchoir de cette femme de chambre déterminait des excitations, et il s'en frottait brutalement le nez pendant les masturbations, c'est de là que viendra plus tard la terreur de se toucher le nez et de se moucher.

Quelques mois après ces débuts, il fut pris, à la suite d'une masturbation, d'un phénomène très remarquable sur lequel il insiste beaucoup. Il s'était fatigué et était parvenu non sans peine à l'éjaculation ; à ce moment, il sentit « quelque chose de cassé dans sa tête, comme si tout se voilait dans l'univers, comme s'il y avait un abaissement énorme de ses forces et de sa vie. » Ce sentiment détermina une terreur folle avec idée de la mort subite, et il fit le serment de ne plus recommencer un acte si dangereux. Il a tenu parole, et maintenant, plus de quinze ans après, il est encore saisi d'une terreur inexprimable à la pensée de l'acte sexuel et de la masturbation.

Vous comprenez l'intérêt que nous attachons à cette crise singulière, depuis ce moment tant de phénomènes étranges lui ont succédé, que l'on est trop disposé à l'oublier. Dans notre hypothèse, cette crise de terreur à la suite d'une masturbation constitue le véritable début de la maladie ; c'est à ce moment qu'a eu lieu la chute de la pression cérébrale, analogue à ce qui se passe chez les épileptiques, chute qui a dû être énorme et dont il ne s'est jamais relevé. C'est depuis ce moment-là qu'il n'est plus à son niveau, qu'il se sent au-dessous de lui-même, qu'il est devenu incapable d'utiliser l'intelligence qu'il avait apportée en naissant : à partir de ce moment, il va y avoir des oscillations sans doute, des périodes de dépression plus grande ou plus faible, mais nous ne croyons pas qu'il soit jamais remonté au niveau normal.

L'année suivante fut remplie par des tristesses, des maux de tête, sans accidents mentaux bien nets ; c'est la dépression pure et simple de nos psychasthéniques. Puis commencent des inquiétudes, des préoccupations relatives aux femmes et en particulier relatives à cette femme de chambre qui l'avait impressionné.

A 19 ans, son confesseur à qui il se plaint, est stupéfait de son ignorance ; il croit de son devoir de lui donner quelques notions puériles sur les sexes, sur les organes de la génération, sur la naissance.

Ces révélations bouleversent le pauvre diable au lieu de le rassurer, et nous voyons commencer une terrible maladie qui a duré six ans, c'est la période de l'algie du gland. Probablement par suite de réflexions sur les anciennes masturbations, le gland devient douloureux, c'est-à-dire qu'il devient le point de départ d'épouvantables angoisses. Quand on le touche, quand l'urine passe, quand les vêtements le frôlent, ce sont des douleurs épouvantables avec irradiation à la poitrine et au cœur. Tous les traitements, toutes les lotions, toutes les pommades sont appliquées sans succès. Le malade prend des manies invraisemblables dans la façon de s'habiller : sa chemise, son caleçon, son pantalon, tous ses vêtements sont truqués, attachés par des épingles d'une manière spéciale. Il invente des règles pour uriner, il détermine une secousse spéciale du ventre et des reins pour faire sortir sa verge sans y toucher, etc. Nuit et jour il rêve à son martyre et combine de nouvelles précautions ; à un certain moment, cette algie du gland s'est compliquée de troubles de la miction et il se rendit même malade en s'exerçant à la rétention d'urine. Tous ces troubles diminuèrent sans disparaître jamais vers l'âge de 25 ans, parce qu'à ce moment se développèrent d'autres phénomènes plus intéressants.

Nous entrons dans la période des manies mentales et des obsessions qui dure encore depuis sept ans. Toutes les manies possibles se développèrent simultanément ou successivement, et deux grandes obsessions vinrent peu à peu envahir l'esprit relatives à deux femmes qui alternent dans les tourments du malheureux. Ces brèves indications que nous venons de résumer nous indiquent rapidement l'évolution et le développement graduel de la maladie.

Voyons dans l'état actuel les phénomènes morbides qui sont le résultat de tout ce travail. Nous constatons d'abord tous les troubles physiques du neurasthénique, l'atonie gastrique et intestinale avec les alternances de constipation et de diarrhée, tous les troubles de la nutrition qui lui donnent toujours très mauvaise mine et le laissent très maigre, quoiqu'il mange plutôt fortement, les sensations de fatigue qui sont chez lui tout à fait exagérées et qui lui font croire qu'il va tomber évanoui, les maux de tête, particuliè-

rement localisés à la fontanelle postérieure, avec des irradiations en cercle autour de ce point qu'il décrit avec complaisance, et dont il fait le point de départ d'hallucinations symboliques.

En second lieu, l'état aboulique domine évidemment la situation : ce garçon toujours très lent, en retard pour toutes les actions, demandant des préparatifs interminables pour la moindre des choses, d'une timidité et d'une sauvagerie inouïes, ne peut arriver à aucun acte : « Partout je suis inquiet, gêné, effrayé de la moindre chose, pas une action qui ne présente d'énormes difficultés. » Les troubles de l'attention sont parallèles, il ne peut jamais se fixer sur rien, sauf sur ses gémissements, il ne peut tolérer aucun travail mental qui provoque à son avis des troubles énormes, il a un sentiment perpétuel d'étrangeté, d'ahurissement, comme s'il ne pouvait jamais arriver à quelques notions de la réalité. D'ailleurs, ces modifications de l'esprit d'une si longue durée donnent un aspect très curieux à cet homme de 32 ans ; il est naïf, innocent, sans aucune notion de la vie pratique, d'une maladresse extraordinaire, il est évident comme il le dit « qu'il voit tout sans voir » et qu'il est incapable de se conduire.

Cependant, et c'est là ce qui fait le côté le plus curieux de ce personnage, il est très loin d'être inintelligent ; il parle bien, trop facilement même quand il s'agit de son mal, il a le raisonnement très délié, et très subtil quand il l'applique à ses ruminations. Il montre une grande délicatesse de sentiments, et vraiment quand il s'agit de l'interprétation psychologique des idées et même des caractères il montre beaucoup de finesse. C'est tout à fait étrange de voir ces hommes qui, à certains points de vue, sont de parfaits imbéciles et qui à d'autres points de vue ont une intelligence plutôt supérieure. On dirait un grand enfant, très bien doué, très fin, mais qui n'a aucunement vécu, c'est une intelligence de trente ans avec une expérience de six ans.

Il sent lui-même, avec une étrange acuité, les défaillances de son esprit, et il a un sentiment de mécontentement tout à fait typique : « Je sens, dit-il, une décadence intellectuelle qui n'est pas de naissance, car je n'étais pas comme cela... Tout cela a baissé... Vous ne pouviez vous figurer combien je voudrais la pleine possession de moi-même, de la mesure avec laquelle je suis né. Plus je vais, plus j'ai soif de comprendre, plus j'ai le désir passionné d'enlever ce voile, ce nuage, tout ce que vous voudrez qui sépare

mes malheureuses pensées de l'extérieur. » Ce sentiment d'incapacité le pousse à exagérer sa faiblesse et à se faire plus sot qu'il n'est, il n'ose rien juger, il n'ose même pas avoir son opinion sur un palais de l'Exposition ou sur un spectacle quelconque : « Cela me passe par-dessus la tête. » Il fait semblant de ne rien comprendre aux choses de la nature et de la vie. Il a un perpétuel sentiment d'infériorité par rapport aux autres, ce qui fait que pour le plus petit prétexte, il est humilié. Il a une disposition à se croire perpétuellement trompé, « comme s'il était toujours le dindon de la farce », et cette pensée joue un rôle dans la plupart de ses obsessions. Ces divers sentiments l'amènent à une résignation morne, il a peu à peu supprimé toutes les relations, tous les plaisirs, et il en arrive à un véritable ascétisme dont les rapports avec la maladie du scrupule sont ici bien curieux. Nous croyons que ces quelques phénomènes, son aboulie, son inattention, son défaut de perception de la réalité avec tous ces sentiments exagérés d'humilité qui s'y rattachent sont les phénomènes fondamentaux de sa maladie. Bien souvent, il constate que les obsessions et les phobies s'arrêtent, qu'il ne sait plus par quoi il est tourmenté, mais qu'il n'en a pas moins un état indéfinissable et affreux qu'il appelle « l'état implicite ». C'est un état vague qui est immuable, perpétuel « qui surplombe l'esprit comme une couche de plomb ». Cet état est justement l'abaissement du niveau mental en dehors des obsessions.

Ces sentiments se compliquent bien vite, il a d'abord le besoin de direction, il voudrait constamment être remonté, il a le besoin de se plaindre, de raconter ses misères. Il a le sentiment qu'il ne les raconte jamais assez bien ; quand il a parlé avec volubilité pendant une heure, il supplie qu'on l'écoute encore un quart d'heure, puis encore un autre, il ne s'arrêterait jamais. Il est bouleversé si on hésite quelque peu dans les conseils qu'on lui donne ; il veut être commandé et obéir comme un petit enfant ; un de ses rêves serait d'être toujours considéré et aimé comme un petit enfant.

Dans ces conditions, se sont développés d'innombrables phénomènes analogues à ceux que nous avons décrits sous le nom de phénomènes de dérivation. Nous ne pouvons énumérer tous ses tics : il met sans cesse les doigts dans le nez, il s'arrache les ongles, il écarte les jambes l'une de l'autre par saccades, etc. Presque tous ces tics ont eu ou ont encore une signification symbo-

lique, il lève à demi son bras droit au-dessus de sa tête, comme s'il cherchait constamment à l'appuyer contre un objet élevé. « Cela représente que j'ai un appui moral, que je me repose sur quelqu'un de plus grand, de plus fort que moi à mon côté. »

Les algies ont joué dans sa maladie un rôle énorme ; en dehors de cette grande maladie du gland qui a duré six ans, il a toujours conservé des souffrances dans les parties génitales, il marche à petits pas, surtout au tournant des rues « de peur qu'un mouvement brusque ne détermine un frottement psychique de la verge qui est si angoissant. » Il a eu de nouveau une crise d'algie épouvantable, parce que, dans une ville d'eaux, un médecin imprudent a exigé qu'il se lavât les parties ; il a à chaque instant des régions de la peau qui deviennent douloureuses, c'est-à-dire qui deviennent le point de départ d'angoisse, parce que la robe d'une femme les a frôlées dans le tramway. Il a des algies de l'estomac quand il a mangé d'un pain qui, par association d'idées, lui fait penser à telle ou telle dame.

Les phobies qui viennent ensuite portent d'abord sur les fonctions : bien entendu, il n'est pas question de l'acte génital auquel il ne peut même pas songer, mais il a des angoisses pour deux grandes opérations qu'il appelle lui-même « le mouchage et l'urinage. » Cela ressemble tant, dit-il, à l'acte sexuel ; un peu plus cela me donnerait une de ces jouissances si dangereuses. » Il a ensuite des phobies pour tout ce qui de près ou de loin peut lui rappeler les femmes et surtout celles dont il est obsédé, phobie des repas servis par une domestique, phobie des tramways, des voitures où il pourrait avoir une femme comme voisine, phobie des mouchoirs, des souliers, parce que l'un d'eux portait le chiffre 42, l'âge d'une dame qu'il a remarquée. Il a des phobies pour une foule de nombres qui sont ainsi devenus dangereux par association d'idées. Puis nous retrouvons les phobies classiques des couteaux, des rasoirs, des épingles, etc. Il a à la fois l'agoraphobie et la claustrophobie : « Ce qu'il redoute le plus dans les grands espaces, c'est la campagne, parce qu'il n'y a pas de médecin spécialiste pour le secourir. Le parc Monceaux à Paris lui fait autant d'effet que la campagne : il n'est pas difficile sur les analogies. Pour lutter contre cette terreur, il faut qu'il porte sur lui des adresses et des renseignements ; il a eu une crise terrible un jour qu'il s'est aperçu dans la rue qu'il avait oublié ses cartes de visites : « S'il était tombé par terre, on l'aurait transporté à la

Morgue. » Il a peur des salles fermées pour d'autres raisons, parce qu'il lui faut toujours pouvoir sortir facilement de l'endroit où il entre; ce besoin assez général chez les psychasthéniques tient, croyons-nous, au trouble de la volonté qui empêche ces malades de prendre jamais une décision définitive. Il entre dans une église ou dans un théâtre sans savoir si oui ou non il a l'intention ferme d'assister à l'office ou à la représentation : il veut pouvoir sortir s'il lui prend fantaisie de changer d'idées. C'est une des raisons, nous l'avons dit, qui rendent malades les psychasthéniques quand ils sont fiancés et qui les font presque toujours éluder l'acte définitif du mariage. Ajoutez des phobies innombrables de tout ce qui rappelle les maladies ou la mort, des cimetières, des cérémonies funèbres, des employés des pompes funèbres. Il ne peut dans son pays, traverser la place de l'Hôtel-de-Ville entre neuf heures du matin et cinq heures « parce que le bureau des décès est ouvert et qu'il le croirait ouvert pour la déclaration de sa propre mort ».

D'ordinaire, comme nous l'avons vu, le grand nombre des phobies ou des phénomènes angoissants diminue les manies mentales ou les ruminations et inversement. Jean constitue une exception sur ce point, car il a toutes les manies mentales : manie de la répétition, manie du retour en arrière, manie de pousser à l'extrême, manie de la précision (arithmomanie), etc., etc. Parmi les plus remarquables chez lui, il faut citer les manies de la précision : il faut qu'il sache exactement le degré de température de l'eau dont il se sert, il faut qu'il compte les battements de son cœur, ses respirations, etc., il compte toujours par groupe de quatre, incapable de s'arrêter au milieu d'un de ces groupes et terrifié quand il doit passer sur quelques chiffres redoutables, or il y en a des quantités 7, 12, 14, 20, 22, 47, etc. Il a à ce propos une extraordinaire mémoire des chiffres et des dates ; on dirait qu'il s'est constitué une sorte d'éphéméride à son usage. Telle date du mois, c'est sa dernière masturbation, telle autre la naissance de la femme de chambre louche, telle autre la mort du mari de la cousine de la femme de chambre, vient ensuite la date du jour où pour la première fois nous l'avons fait uriner correctement, etc. Il a ainsi des anniversaires mémorables pour tous les jours de la semaine et presque pour tous les jours de l'année.

Ces manies se rattachent aussi à un autre trouble qui, chez lui,

est bien caractéristique, la manie de l'association des idées. Les associations d'idées sont chez lui si nombreuses, si surprenantes, si compliquées qu'il est impossible de les considérer comme naturelles. Il souffre à l'estomac : 1° parce qu'il a mangé du pain ; 2° qui vient d'un boulanger ; 3° qui a été indiqué à sa mère par un monsieur ; 4° dont la femme est morte le jour ; 5° qui était l'anniversaire du jour ; 6° où il a commencé l'obsession ; 7° relative à Charlotte. Il ne peut plus approcher des kiosques de journaux parce que ceux-ci contiennent des journaux qui ont autrefois relaté la mort peu convenable d'un grand personnage. Il ne peut tolérer la durée de trois quarts d'heure, pour rien au monde il ne resterait à table trois quarts d'heure, il ne resterait assis, ou il ne marcherait trois quarts d'heure ; ne lui a-t-on pas dit que le même personnage était resté trois quarts d'heure avec une femme avant de mourir ? Cela suffit pour rendre cette durée terrifiante, etc. Il est évident que c'est lui qui cherche ces associations d'idées, c'est une des conséquences de son attention maladive constamment appliquée à certaines catégories de phénomènes.

La manie du symbole lui fait représenter toutes ces idées par des images qu'il appelle des hallucinations ; il voit la femme de chambre qui rit aux éclats ou bien il sent des fluides envoyés par une dame de son pays quand il se tourne dans cette direction. Ce ne sont pas de véritables hallucinations, elles sont loin d'être complètes et d'être objectives, ce sont des métaphores et des symboles qu'il invente pour préciser ses tourments.

La manie des précautions sera représentée chez lui par la manière compliquée dont il attache son caleçon, son pantalon, par ses études sur la direction de son lit, par le choix minutieux de sa place à table, etc. La manie de la conjuration lui fait inventer une foule de formules pour repousser les tentations et les dangers, c'est ce qu'il appelle des syllabes de clôture. Le son « té, té, té, té, » répété quatre fois comme abréviation du mot assez, est un procédé souverain contre les velléités de masturbation. Dans les cas graves, il lui faut murmurer : « Allons, assez de phénomènes. » Bien entendu, il aura des serments et des pactes : « Si je consens à entrer là, que j'aie ma tentation de masturbation. » Mais la plus grave des manies sera celle de l'oscillation et de la délibération. A propos de chaque action, il a d'interminables hésitations : chacun des deux partis est repré-

senté par une image symbolique, la femme de chambre le pousse d'un côté et Charlotte le pousse de l'autre ; il oscille indéfiniment, et cette oscillation devient extrêmement pénible et angoissante. Il est horriblement malade, quand il cherche ce qui est préférable d'une douche ou d'un bain : « Que je fasse blanc, que je fasse noir, dit-il tristement, j'aurai toujours ma petite mesure de phénomènes. » Le plus fâcheux, c'est qu'il arrive toujours en définitive à ne rien faire et à se priver de tout, l'ascétisme et l'inertie sont toujours les termes vers lequel se dirigent ces malades de la volonté.

Il n'est pas étrange que dans ces conditions ce pauvre garçon en soit venu à concevoir une foule de pensées obsédantes qui expriment plus ou moins bien ces innombrables tourments. Il y a quelques obsessions plus ou moins sentimentales qui jouent un grand rôle dans sa vie. Il a la pensée constamment dirigée sur deux femmes : l'une, cette femme de chambre louche, qui est surtout représentée comme se moquant de lui et qu'il croit voir rire, l'autre, une dame âgée de ses relations que nous avons appelée Charlotte et qui est censée déterminer des sensations érotiques en lui envoyant des fluides dans les jambes. Ce ne sont que des obsessions, car il sait fort bien la fausseté de semblables idées ; mais il y rêve sans cesse, se les représentant dans tel ou tel coin de son cerveau, les mêlant à toutes les opérations de sa vie, les faisant intervenir à tout propos. Chez lui de telles obsessions sont bien voisines des idées fixes de persécution, il ne peut s'empêcher de croire que la femme de chambre lui veut du mal, et il a malgré lui un sentiment que les employés des pompes funèbres sont de mauvaises gens, capables de souhaiter sa mort. Ce qui domine évidemment chez ce pauvre garçon, ce sont les obsessions hypocondriaques et surtout les obsessions génitales ; celles-ci se rattachent chez lui à la terreur qu'il a des fonctions sexuelles au point de vue de la santé beaucoup plus qu'au point de vue de la moralité. Il est obsédé non seulement par la pensée de la mort mais par la pensée de toutes les maladies possibles, hernies, diabète, affections cardiaques et surtout par la terreur de la méningite. Nous pouvons à peine arriver à lui faire lire dix lignes d'un journal ; il a bien confiance en nous, mais il ne peut pas comprendre pourquoi nous l'exposons ainsi à une méningite terrible.

Sa maladie présente quelques oscillations : dès qu'il est un peu excité, remonté par un encouragement, par un bon conseil, par un

petit succès, dès qu'il peut faire un effort d'attention, il change complètement, il oublie ses obsessions et ses manies. Mais il retombe bien vite, et l'abaissement mental ramène tous les phénomènes. Il est mieux à Paris au milieu du monde qui l'excite un peu, il est plus mal dans l'isolement et dans le calme. On observe fréquemment chez les phychasthéniques, cette influence excitante et vivifiante de la vie de Paris. Un autre malade du même genre a des tics respiratoires avec angoisse, analogues à de l'asthme, dès qu'il a passé huit jours à la campagne. Il est guéri de ses angoisses respiratoires dès qu'il se retrouve à Paris au milieu de ses affaires. Toute l'évolution de la maladie de Jean se rattache ainsi aux idées que nous vous avons souvent exprimées sur le rôle considérable que joue l'inertie mentale, l'impuissance de l'action et de la pensée dans la formation de tous ces phénomènes secondaires, des agitations forcées et des obsessions. C'est là une indication pour le traitement, il lui faut non seulement des toniques physiques, mais des toniques moraux. Malheureusement, malgré tous nos efforts, il est bien difficile de le maintenir constamment à un niveau suffisant. C'est un spectacle vraiment triste que celui de ce garçon, très bon et très intelligent, complètement perdu par de pareils rabâchages.

Observation 158. — **Obsession de cécité et de mort.** — *Sentiment de dépersonnalisation, maladie de Krishaber.*

Cette vieille femme de 56 ans, Bul..., nous présente un cas bien bizarre qui soulèverait d'interminables discussions psychologiques. Nous ne pouvons que vous faire connaître rapidement une catégorie d'accidents assez rares sous cette forme. Cette bonne femme va vous expliquer ses souffrances car elle ne demande qu'à parler : « C'est épouvantable, c'est odieux, on n'a pas idée d'un supplice pareil, depuis deux mois, j'agonise, je suis dans un tombeau, le pire des tombeaux, je suis enterrée... C'est bien vrai, puisque je ne puis plus rien voir, rien que du noir, un noir d'encre. Quand on ne voit plus de jour, on agonise ; je ne suis plus vivante, je suis complètement morte. Je ne vois plus personne autour de moi, je suis absolument seule, ...rien ne vit, rien n'existe autour de moi, je suis seule dans le tombeau, sans lumière. Non, je n'existe

plus, je suis morte et morte dans les ténèbres, dans l'isolement complet, un isolement qui est épouvantable... » Elle bavarderait ainsi indéfiniment : interrompons-la seulement un instant pour constater qu'elle vit parfaitement, et, ce qui est plus curieux, qu'elle voit parfaitement clair.

Si nous lui demandons ce qu'il y a devant elle, elle va décrire tous les objets, reconnaître les personnes, distinguer les couleurs à n'importe quelle distance et dans toutes les directions : il n'y a aucun trouble ni de l'acuité visuelle, ni du sens des couleurs, ni du champ visuel. Quand on lui fait remarquer qu'elle voit très bien, elle se borne à changer un instant son langage : « En ce moment, dit-elle, je vois à peu près,... ou du moins vous ne comprenez pas ce que j'ai, je ne puis pas me faire comprendre, ...mais dans cinq minutes je vais voir tout noir comme de l'encre, je vais être morte toute seule... » Et elle recommence les mêmes gémissements, en les mettant simplement au futur. Cette concession ne dure pas longtemps car, si on la laisse continuer sans faire de remarques, elle va bien vite revenir au présent et se déclarer de nouveau morte dans le noir.

Quelle est cette singulière affection ? Peut-on dire que ce soit un délire ? Pas précisément, puisque cette bonne femme ne commet aucune absurdité et qu'elle se comporte très bien dans les salles. Si on lui demande de chercher un objet, elle y va avec complaisance, et si maintenant même nous lui disons de retourner à son lit, elle va rentrer toute seule bien tranquillement à l'infirmerie tout en disant qu'elle est morte et qu'elle est dans un noir d'encre. C'est une idée qu'elle répète, sans y conformer sa conduite, et par conséquent sans y croire complètement. En un mot, c'est une obsession; mais cette obsession n'est pas l'expression d'un souvenir ou d'une idée abstraite, c'est l'expression d'un sentiment. Ce sentiment présente chez elle trois variétés principales : 1° le senment de ne plus voir clair, de ne voir que du noir, 2° le sentiment d'être isolée de tous les êtres humains, 3° le sentiment d'avoir perdu sa personne et sa vie, d'être morte. Ces sentiments et ces idées obsédantes constituent un syndrome qui a été décrit d'une manière remarquable, en 1873, par Krishaber. Depuis on l'a souvent appelé *la névropathie cérébro-cardiaque* ou la maladie de Krishaber. Cette maladie a été rendue célèbre par les psychologues et elle joue un grand rôle dans le livre bien connu de Taine sur l'Intelligence.

Nous ne pouvons pas nous contenter de ce diagnostic de maladie de Krishaber. On n'admet plus aujourd'hui ces obsessions isolées comme autant de maladies distinctes, on ne se borne plus à diagnostiquer la dysmorphophobie, ou la peur d'être difforme, la triskaidekaphobie ou la peur du nombre treize, la sidérodromophobie ou la peur des chemins de fer ; on a remarqué les caractères communs de toutes ces affections. Or les sentiments si bizarres que présente cette malade ne sont étonnants que par leur exagération. En réalité, ils se retrouvent tous à un plus faible degré chez les obsédés, les scrupuleux, les douteurs. Ces malades, ont le sentiment de mal percevoir, de voir les choses drôles, étranges, et comme nous l'avons déjà vu dans bien des cas, ils en viennent au sentiment de ne pas voir du tout, de voir noir. Ils ont le sentiment de ne plus percevoir les êtres pensants, de ne plus distinguer les sentiments et les idées à propos de la physionomie et des paroles, de là le sentiment d'isolement qui est fréquent. Plusieurs vont jusqu'à dire qu'ils sont dans un monde étrange, loin de la terre, loin du système solaire. Celle-ci est modeste en se bornant à déclarer qu'elle est toute seule. Enfin ils ont très souvent le sentiment d'avoir perdu leur personne. Vous avez vu ici même plusieurs cas remarquables de dépersonnalisation. C'est ce sentiment que Bul... interprète en disant qu'elle est morte, qu'elle est dans le tombeau. Tous ces sentiments dépendent simplement, à notre avis, d'une diminution du sentiment de la réalité qui est en rapport avec la diminution des fonctions de la volonté et de l'attention.

Quant à démontrer que cette malade est tout simplement une ancienne obsédée, une douteuse, cela est facile : il suffit de rappeler qu'elle a eu pendant longtemps des crises d'agoraphobie, que c'était une inquiète s'attendant toujours à des malheurs, craignant de ne jamais arriver à rien. D'une famille évidemment névropathique, un frère semble avoir été atteint de paralysie agitante, une sœur est très nerveuse, elle a été surtout malade depuis l'âge de 32 ans, et la maladie semble avoir débuté par un goitre, probablement par le goitre exophtalmique. Elle attribue ce goitre à son séjour à la Chartreuse dans un pays de goitreux. Elle resta toujours obsédée et depuis deux mois l'obsession a pris cette forme aiguë.

A son âge, on ne peut guère espérer quelque amélioration que du calme, de l'hygiène et d'un traitement bromuré.

Observation 158 *bis*. — **Les résultats d'une opération simulée chez une obsédée hypocondriaque.** — *Troubles de la ménopause, spasmes, interprétation, obsession des épingles, opération simulée sans résultats.*

L'histoire de cette malade nous offre un petit enseignement dont nous devons profiter. Elle nous apprend qu'il n'est pas toujours bon de faire des opérations chirurgicales de complaisance chez des névropathes, quoique l'intention soit excellente. Elles réussissent quelquefois et alors tout est pour le mieux ; quand elles échouent, elles aggravent la situation.

Cette dame vient de subir, il y a quelques mois à l'hôpital Laënnec, une petite opération qui avait pour but, paraît-il, de la débarrasser de deux épingles qu'elle prétendait avoir avalées par mégarde et qu'elle sentait se promener dans son corps. Avant de l'opérer on l'a photographiée aux rayons Röntgen et la photographie qui lui a été montrée contenait deux superbes épingles bien nettes. On l'a chloroformée, on a fait des petites entailles, l'une au niveau de l'estomac, l'autre au niveau de l'œsophage ; on a appliqué un pansement et au réveil on lui a présenté deux longues épingles un peu tachées de sang : elle les conserve précieusement dans une petite boîte.

Malheureusement les souffrances n'ont pas disparu après l'opération. Bien au contraire elles ont été complètement exagérées ; les étranglements à la gorge, les douleurs à l'estomac se sont compliquées d'un affreux goût métallique dans la bouche. « Cela s'explique facilement, dit-elle, puisqu'elle a eu longtemps dans le corps deux épingles qui l'ont imprégnée de cuivre. » L'empoisonnement par le cuivre des épingles joue maintenant un rôle plus grand que les épingles elles-mêmes. Cette pauvre dame sent la limaille de cuivre entre les dents, elle souffre horriblement de l'empoisonnement, elle prétend ne plus pouvoir manger et elle se désespère nuit et jour. Vous voyez que l'opération chirurgicale ne lui a pas fait de bien. Nous pourrions presque dire qu'elle lui a fait du mal en mettant dans son cerveau plus fortement encore l'idée des malheureuses épingles. A tous les arguments pour lui montrer qu'elle n'a pas de limaille entre les dents, elle répond avec entêtement : « Je pouvais douter autrefois ; mais maintenant on ne peut plus me dire que je n'ai pas

eu les épingles dans le corps puisque les voici. » Peut-être y aurait-il quelques chances d'amélioration en lui disant en public la vérité sur ces malheureuses épingles.

Eh bien, Madame, il faut vous avouer une chose que toute votre famille sait déjà. C'est pour céder à votre caprice qu'on a fait semblant de retirer ces épingles, qu'on avait collées dans la photographie. On ne vous a rien retiré du tout. Voici la vérité sur votre état. Si vous arriviez à la comprendre vous auriez déjà fait un grand pas vers la guérison.

Ce qu'il y a eu de réel, le voici : cette femme qui avait toujours été bien raisonnable, quoique un peu nerveuse, a éprouvé les modifications de la ménopause il y a un an à peu près. En même temps, elle paraît avoir eu une attaque de grippe assez bénigne. Sous ces deux influences se sont manifestés des troubles nerveux de l'estomac et de l'œsophage, des mauvaises digestions, des spasmes, des étouffements, etc. Peut-être y eut-il, comme cela arrive fréquemment, des troubles de la sensibilité viscérale, quoiqu'il n'y eût jamais d'anesthésie superficielle bien nette. C'est à ce moment qu'elle commença à interpréter à sa façon les souffrances qu'elle éprouvait en imaginant qu'elle avait avalé deux épingles. Elle alla d'abord, en se cachant, consulter plusieurs chirurgiens qui se moquèrent d'elle, jusqu'à ce que, enfin, on fit l'opération précédente.

Le chirurgien avait une excellente intention ; il aurait peut-être réussi s'il avait pu en même temps faire disparaître cet état nerveux déterminé par la ménopause, ces spasmes et ces douleurs. Vous voyez que l'opération a simplement aggravé le délire. Peut-être maintenant cette dame se rendra-t-elle à l'évidence. Ces troubles de la ménopause sont quelquefois passagers, quelques précautions de régime, quelques massages de la région épigastrique pour tâcher de réveiller les sensations normales pourront diminuer les spasmes, si elle veut bien ne pas les entretenir par des précautions hypocondriaques.

CHAPITRE II

LES OBSESSIONS DE LA HONTE

Si l'on songe aux nombreux sentiments d'incomplétude, on comprend que les obsessions de la honte soient parmi les plus fréquentes. Nous distinguerons les obsessions de la honte du corps, les obsessions de la honte de soi et nous rattacherons à ce chapitre un troisième groupe qui a le même mécanisme, celui des obsessions amoureuses.

PREMIÈRE SECTION

LES OBSESSIONS DE LA HONTE DU CORPS

Nous commençons l'étude d'une nouvelle catégorie d'obsessions dont l'intérêt nous semble être très grand. Ce sont des idées qui se rapportent au corps, à l'ensemble du corps ou à tel organe isolément et qui consistent toujours en des idées de dépréciation, de mécontentement, de honte. C'est pourquoi nous proposons de désigner ces obsessions si fréquentes sous le nom d'obsessions de la honte du corps. Nous ne pouvons songer à étudier tous les cas qui se sont présentés. Nous choisissons quelques exemples des principales formes, ils sont intéressants pour vous faire remonter au trouble principal qui se dissimule sous ces idées singulières.

Observations 159 et 160. — **Obsessions de la honte des vêtements et de la honte des mouvements du corps.** — *Aboulie, sentiment de gêne, désir de plaire.*

V.... jeune homme de 25 ans, se plaint de choses qui peuvent vous sembler bien insignifiantes, il se plaint tout simplement

d'être gêné par les vêtements qu'il porte et chose bizarre, c'est son tailleur qui nous le renvoie. Les vêtements ne lui vont jamais bien, ils le frottent, le gênent et ces sensations perpétuelles deviennent pour lui un véritable tourment. N'en souriez pas, vous ne vous figurez pas qu'on peut arriver au suicide par l'obsession du faux col. Il est plus important de se dire que ce jeune homme ne viendrait pas nous consulter pour ce phénomène en apparence si puéril s'il n'y avait pas quelque chose au-dessous.

Le père est arthritique, obèse, original, la mère est déjà inquiète et prédisposée aux obsessions. Ce malade avait des tics à l'âge de 11 ans, des scrupules religieux à 12 ans, il prit à partir de 18 ans des habitudes de masturbation excessive. Nous ne croyons pas du tout, suivant des théories aujourd'hui à la mode, que ce soit ces masturbations qui aient amené les obsessions. Les tics, les scrupules religieux étaient du même genre et bien antérieurs ; la masturbation excessive était plutôt un nouvel accident de la maladie en évolution. Toujours est-il qu'elle l'affaiblit et qu'il eut beaucoup plus qu'auparavant des sentiments d'inquiétude, de doute, de gêne dans les actions.

Il prit, dit-il, l'habitude des actes significatifs pour se convaincre lui-même. « Si je marche sur tel pavé, je dois faire telle chose » : c'est la manie des pactes que vous connaissez bien. Il prit une autre manie plus rare et plus intéressante : la manie des efforts. Ces malades sentent bien qu'ils manquent de volonté et d'énergie, ils veulent se pousser eux-mêmes et, au lieu des efforts réels de volonté qu'ils ne peuvent pas faire, ils prennent la manie de certains mouvements significatifs qui simulent des efforts. Celui-ci se réfugiait aux cabinets et faisait, excusez le mot, « des efforts pour pousser comme s'il allait à la selle, il voulait par là arriver à se convaincre qu'il croyait en Dieu ». Il prit aussi des manies de précision, il surveillait ses mouvements et en particulier, il surveillait sa respiration et il s'efforçait de sentir le va-et-vient de l'air. Vous voyez en présence de quel individu nous nous trouvons. C'est à ce moment que certaines choses prirent à ses yeux une valeur symbolique, ainsi il n'osait pas traverser dans la rue l'ombre des arbres ; cette ombre symbolisait les gênes, les obstacles qu'il rencontrait dans l'existence. Vous avez déjà vu le fait chez un individu qui avait des hallucinations symboliques.

Il en est arrivé à la préoccupation actuelle, c'est ainsi que ce sont ses propres vêtements qui symbolisent ses gênes et à propos

desquels s'est développée cette obsession. Vous voyez bien que le fait fondamental ce n'est pas l'attention qu'il apporte aux vêtements, ni même comme on le lui a dit l'exagération des sensations subconscientes, c'est la faiblesse de la volonté et le sentiment d'inquiétude et de gêne.

Ce jeune homme de 24 ans, Wye..., très intelligent et très instruit devient très malheureux par suite d'une préoccupation tout à fait injustifiée ; il a l'obsession constante des mouvements de ses membres, de leur attitude ; il sent que ses mouvements sont gênés, qu'ils manquent de naturel, qu'ils ne sont pas comme ils devraient être ; il pense que ses bras se balancent d'une manière gauche, que ses yeux se tournent mal, que ses jambes sont raides. « Mes mouvements sont ankylosés, je ne sais où mettre mes mains, je marche mécaniquement, on dirait l'ours du Jardin des Plantes. » Il en résulte des clignements d'yeux, des secousses des bras, des sortes de tics pour essayer de se rendre naturel. Cette idée qu'il est ridicule, que ses mouvements sont gauches, se présente constamment à lui sous toutes les formes : il sait qu'elle est ridicule, mais il la discute et prend des manies d'interrogation sur ce point ; elle finit par gâter toute son existence.

Nous retrouvons toujours les mêmes antécédents : des parents déjà nerveux, et surtout mous, sans volonté, une éducation absurde, qui semble avoir pour but de supprimer toute initiative, puis des tics en particulier, celui d'avaler sa salive, de frotter le bout de sa langue, puis des scrupules, la phobie des couteaux, etc. Mais ce n'est pas là le point de départ de son trouble intéressant actuel : il a depuis longtemps un sentiment très remarquable qui joue dans la société, plus qu'on ne le croit, un rôle bien curieux, c'est le besoin d'être aimé.

Ce besoin semble bien naturel, et on aura de la peine à faire comprendre que poussé à un certain degré il soit pathologique. C'est cependant dans bien des cas une manifestation évidente de l'aboulie et de la faiblesse mentales. Ces malades ont peur de l'isolement, ils ont besoin de se sentir entourés, appuyés ; d'autre part, ils sont terrifiés à la pensée de la lutte et ils voudraient rencontrer autour d'eux une sympathie universelle. Ce jeune homme est un amoureux perpétuel depuis le collège, ce sentiment prend chez lui une forme particulière en rapport

avec son inquiétude, il lui inspire la préoccupation de plaire. « Je rapporte tout, dit-il, à mon effet sur autrui, je suis toujours préoccupé de savoir si j'ai plu. » C'est toujours là une mauvaise disposition en réalité pour réussir dans le monde : quelques échecs qui sont survenus ont augmenté son inquiétude. Avec la disposition qui le pousse à toujours s'accuser lui-même, il rapporte ses insuccès à ses manières, et peu à peu se constitue cette obsession de la honte des mouvements. Elle n'est pas ici, croyez-le, le résultat d'angoisses préalables, les angoisses ne viennent que plus tard ; elle se rattache par une série de sentiments intermédiaires, tels que le désir de plaire, le besoin d'être aimé, à l'inquiétude et à l'aboulie fondamentales. Aussi est-il bien probable qu'elle se guérira facilement, dès que ce jeune homme aura pris un peu plus d'énergie et aura été rassuré sur lui-même par quelques succès auquel il a droit.

Observations 161, 162. — **Obsessions de la honte des traits du visage.** — *Dépression à la suite de la syphilis ; — caractère autoritaire de la mère, timidité de la fille, peur de la lutte, obsession des poils sur la figure ; — obsession des convulsions du visage, l'aboulie et l'inertie, fréquence des obsessions de honte relatives au visage.*

Ce jeune homme de 24 ans, Tk..., a été forcé d'interrompre ses études, car il ne peut plus se rendre aux cours. Ce qui l'empêche de s'instruire, comme il le désire, et comme son intelligence le lui permettrait, c'est qu'il est trop honteux de sa personne pour se présenter au milieu de ses camarades. Il a imaginé tout un ensemble d'idées sur sa personne qui le gênent au point qu'il ne peut plus sortir en public. « J'enlaidis de toute manière, ma figure change, ma mâchoire surtout me gêne, il me semble qu'elle devient énorme, ne remarquez-vous pas comme j'ai une grande mâchoire ? etc. »

Ce jeune homme, fils de suicidé, a toujours été un faible, avec de grandes inquiétudes sur l'avenir. Dernièrement, il a eu le malheur d'être atteint de la syphilis ; la maladie a été très bénigne et tout fait espérer qu'il en sera quitte à bon compte. Mais cette maladie n'a pas peu contribué à le déprimer et à accroître sa timidité, l'idée obsédante exprime ses inquiétudes sous une

forme imagée qui l'a frappé. La névrose semble ici accidentelle et, croyons-nous, guérira rapidement.

Vous vous rappelez une petite jeune fille que nous vous avons présentée il y a deux ans. Ayant des inquiétudes sur un mariage, elle avait imaginé qu'elle était trop laide et qu'elle avait des moustaches[1], voici une femme de 38 ans, Per..., qui est tourmentée par la même préoccupation ridicule des moustaches. Cela vous montre combien ces obsessions se répètent, parce qu'elles sont l'expression des situations et des sentiments et que ceux-ci sont toujours les mêmes.

Remarquez en passant les antécédents ; la mère était une abominable autoritaire, qui s'était prise de passion pour une de ses filles maladive qu'elle avait beaucoup soignée et se montrait d'une exigence insensée avec les autres. Mère autoritaire, fille scrupuleuse, c'est une association très fréquente, ce qui vous montre une fois de plus que les autoritaires sont des névropathes présentant la même faiblesse et la même aboulie que les scrupuleux.

La jeune fille élevée très durement et n'ayant d'ailleurs aucune énergie fut toujours timide et honteuse d'elle-même. Elle avait tellement peur des reproches qu'elle a fait trois fois des tentatives puériles de suicide pour y échapper. Elle s'est mariée cependant et tout allait assez bien. La voici qui depuis trois ans a pris en grippe ses voisins, gens désagréables d'ailleurs et tapageurs ; elle s'est inquiétée de ce voisinage, elle a peur d'avoir à lutter contre eux, elle les déteste et voudrait cependant leur être sympathique, c'est l'habitude de nos faibles. Ces sentiments l'ont rendue plus timide que jamais, et surtout timide quand il s'agit de parler aux voisins. Comme toujours la faiblesse s'accentue quand il s'agit de l'acte le plus difficile : la timidité n'est pas autre chose que cette manifestation plus grande de l'aboulie dans les actes sociaux. Per... a eu besoin de se donner à elle-même une explication de cette gêne qu'elle ressent en pensant à ses voisins; elle ne peut pas dire brutalement à son mari ni s'avouer à elle-même : « J'ai peur d'avoir à lutter contre mes voisins, je ne me sens pas de force à le faire. » Elle cherche une explication plus avouable, et elle a été frappée d'une découverte. Les découvertes de ce

1. *Névroses et idées fixes*, II, p. 141.

genre ne sont jamais chez l'obsédé que des idées qui résument un ensemble de sentiments précédents. Elle a découvert, disons-nous, qu'elle avait des poils sur la figure. « Comment veut-on qu'elle aborde les redoutables voisins avec une figure poilue, c'est alors qu'elle sera ridicule et dans un état d'infériorité, voilà qui explique bien son sentiment antérieur d'infériorité perpétuelle. » Cette idée se présente par crises avec agitation et angoisse, la névrose d'angoisse n'est ici qu'une conséquence de l'aboulie antérieure.

Notez un petit détail, c'est que dans ces crises, elle prétend entendre les voisins qui l'insultent et qui crient au travers de la muraille : « Poilue, poilue. » N'est-ce pas l'hallucination auditive des persécutés ? Pas tout à fait, car elle n'est pas bien sûre d'avoir entendu et elle a une manie d'interrogation sur ce point. Mais le phénomène en est bien voisin, et nous vous dirons plus tard que les persécutés ne sont pas loin des scrupuleux.

Cette jeune femme s'est guérie vite, en quelques mois d'un traitement que le mari lui a fait subir sous notre direction ; des exercices de volonté, d'attention, des efforts pour vaincre la timidité ont eu un résultat excellent. Détail bizarre : elle a beaucoup maigri depuis qu'elle va beaucoup mieux, et nous croyons cependant qu'elle mange plus. Y a-t-il là un fait qui se rattache à une activité vitale plus grande et à une plus grande dépense ?

Cette femme de 33 ans, Ul..., a également une obsession relative à son visage, elle a la pensée qu'elle a ou qu'elle va avoir des « convulsions dans la figure. Ces convulsions vont être terribles, mais surtout ridicules, « elle va être laide, grotesque, et surtout elle va avoir l'air d'une folle » : cette pensée surgit maintenant presque toute la journée. La malade étudie les conditions de ces convulsions et les moyens sinon de les supprimer au moins de ne pas les montrer. Elle sait que ces convulsions ou du moins l'idée de les avoir surgissent quand elle se trouve devant des personnes inconnues et qui n'ont pas de sympathie pour elle, dans un lieu public, dans un omnibus surtout. Ces convulsions se produisent encore si elle doit demander un renseignement, demander du travail, et surtout débattre les conditions de son travail. Aussi a-t-elle conclu qu'elle ne parlerait plus qu'à un petit nombre de personnes très sympathiques ou à des médecins parce que

ceux-ci ne provoquent jamais les convulsions, qu'elle n'irait plus demander de renseignements, et surtout qu'elle ne demanderait jamais une place et qu'elle ne ferait plus jamais rien.

Comme vous le voyez, l'isolement, le refus de travail, l'inertie vous sont présentés comme la conséquence de l'obsession. « Ah ! si je n'avais pas des convulsions dans la figure, je ne demanderais pas mieux que de gagner ma vie. » C'est là un renversement complet de l'ordre des termes ; cette femme, fille d'alcoolique, a toujours été une aboulique et une timide, elle gagnait sa vie très difficilement, le moindre effort lui faisait mal à la tête et lui causait des sortes de suffocations, c'était déja une neurasthénique présentant très facilement de l'angoisse. Quand elle était très bien portante, solide, bien nourrie, dans une place qui demandait peu de travail avec des maîtres très indulgents pour elle, quand on ne lui demandait pas d'effort pour l'adaptation ou pour la lutte, elle était bien tranquille, n'avait plus d'angoisse, et faisait à peu près son petit service. Il est tout à fait inutile de parler ici de satisfaction des besoins sexuels, comme le font certains auteurs, pour expliquer l'arrêt de l'angoisse. Elle a toujours été à ce propos dans la même situation normale et son aboulie et ses angoisses variaient pour de tout autres causes.

Il y a deux ans, elle a perdu sa place de domestique ; il a fallu en chercher une autre, ce qui lui a été horriblement pénible, car elle ne pouvait supporter les changements ni les discussions avec les étrangers. Un jour qu'elle s'était présentée dans une place, elle s'est sentie insuffisante et ridicule, il lui a semblé qu'on souriait d'elle, ce qu'elle a attribué à des contorsions de son visage. Dites qu'en réalité la difficulté de l'action, l'émotion, l'ont abaissée plus que de coutume, qu'elle a été encore moins capable qu'à l'ordinaire de débattre les conditions. Elle a senti cet abaissement sous forme de sentiment de ridicule, et comme on la regardait elle a pensé tout naturellement à son visage qui avait peut-être quelques contractions. L'abaissement étant resté permanent, l'incapacité d'affronter la vie durant toujours, le même sentiment excite perpétuellement la même idée, et elle vient vous dire qu'elle ne cherche pas de place de peur des contractions de la figure.

Quand on parle de ces obsessions relatives au visage, on cite toujours les cas d'éreutophobie dont nous avons déjà parlé à un autre moment. Nous sommes heureux de vous faire observer

qu'il y a bien d'autres obsessions relatives à la figure. Ces obsessions de la figure sont fréquentes, parce que la figure se montre en public, que l'attention est attirée sur elle et qu'elle préoccupe naturellement les timides ; l'éreutophobie n'est qu'un cas spécial au milieu d'un grand nombre de phénomènes du même genre. Dans tous ces autres phénomènes, il n'est pas du tout question de modifications vaso-motrices et cependant elles déterminent exactement les mêmes troubles. C'est pourquoi nous ne croyons pas que les troubles vaso-moteurs jouent dans l'éreutophobie le rôle capital que quelques auteurs ont voulu leur attribuer.

Observation 163. — **Obsession de la honte du visage, de la honte de la parole, de la honte des mouvements du corps.** — *Antécédents, gêne et timidité à la puberté, manie de la perfection, manie du retour en arrière, obsessions, guérison momentanée par la grossesse.*

Cette malade, Men.., âgée de 25 ans, rentre dans un groupe qui nous est bien connu. Le père alcoolique, la grand'mère aliénée, une sœur hystérique, une autre sœur, délire circulaire, un neveu suicidé. Voilà une belle famille, et la malade devait avoir des prédispositions. Elle a été très bien dans son enfance, vive, intelligente, apprenant très vite ; tout s'est gâté quand les règles sont venues à 12 ans. Elle s'est sentie gênée dans toutes ses actions par une sorte de honte, de timidité : la honte de soi, la honte de ses mouvements, la honte de rougir, la honte de ses yeux, « l'idée qu'elle avait l'air stupide, qu'elle parlait comme une imbécile, que tout le monde rigolait en la voyant, » toutes ces obsessions ont peu à peu altéré les mouvements et toute la conduite. Ajoutez une foule de malheurs, un mariage plus ou moins heureux à 17 ans, cinq enfants dont deux jumeaux, la ruine, la rupture avec le mari et avec la famille, la perte des enfants qui ont été confiés à la grand'mère et vous comprendrez que l'esprit se soit peu à peu bouleversé.

Une maladie mentale s'est développée : la manie de la perfection dans les actes ; Men... sent depuis la jeunesse un mécontentement et une honte de ses actions, elle a de l'inquiétude sur tout ce qu'elle fait. Il en résulte le désir naturel de faire mieux : elle voudrait que toutes ses actions soient bien faites, c'est-à-dire

faites avec bonne volonté, faites par elle-même, sans qu'elle se sente poussée par une force étrangère. Comme elle n'arrive jamais à se satisfaire sur tous ces points, elle ne se décide jamais à agir. Si par hasard, l'action est faite, ou plutôt si elle est commencée, Men... en est mécontente, car elle la croit mauvaise. Alors elle voudrait la rattrapper, c'est-à-dire la refaire depuis le commencement, et elle veut ainsi recommencer tous les actes indéfiniment.

C'est là une manie bien fréquente connue sous le nom de manie du retour en arrière, de manie du doute. Tantôt elle porte comme dans ce cas sur les actes : nous connaissons une dame qui ne parvient pas à se lever parce qu'il lui semble qu'elle se lève mal, et qui éprouve le besoin de se recoucher afin de pouvoir se relever mieux. Ce doute peut porter sur tous les actes, même sur l'acte d'uriner, et une malade répétait cette action pendant des heures sans se convaincre qu'elle avait bien rendu les dernières gouttes. Tantôt cette manie porte sur la perception et sur les idées, les malades s'interrogent indéfiniment sur l'existence de tel ou tel objet et sur la valeur de leurs sens.

Il est rare que cette maladie du doute ne soit pas accompagnée par des obsessions : ici, nous ne constatons guère que des restes de l'obsession primitive de honte. La malade se figure que ses yeux ont quelque chose de drôle, qu'ils sont fixes et ne remuent pas de côté. Inutile de vous faire remarquer que cette idée est absurde et que ses yeux remuent très bien ; mais comme elle les regarde dans la glace, droit devant elle, elle les voit toujours fixes et imagine qu'ils restent toujours ainsi. Elle ne nous a guère avoué, du moins jusqu'à présent, d'autres obsessions.

Quoi qu'il en soit, cette obsession de honte et cette manie du doute la rendent incapable de rien faire. Elles déterminent une sorte d'angoisse particulière, l'angoisse avec agitation : la malade se roule, s'agite, gémit, dit que ses nerfs sont tirés, tandis que d'autres malades, avec les mêmes ruminations, restent dans une immobilité stupide. Cette agitation gémissante n'arrive cependant à rien, car la malade reste des journées entières sans pouvoir rien faire. C'est là une variété d'aboulie par doute et agitation que vous pouvez opposer à l'entêtement précédent.

Dans ce cas, il ne peut être question de démence, il est même probable qu'il ne surviendra pas de folie grave, mais avec les antécédents héréditaires que vous savez, il est bien difficile d'espérer une guérison complète.

Nous désirons vous faire remarquer un changement complet qui s'est produit dans l'état de cette malade, sans qu'il faille en attribuer le mérite à notre traitement. Elle était déjà quelque peu améliorée par un séjour de deux mois à l'hôpital, quand elle est rentrée chez elle auprès de son mari. Elle vient nous annoncer qu'elle est enceinte de trois mois, et comme dans les précédentes grossesses, elle ressent une modification surprenante de son état mental, plus de ruminations, plus d'obsessions, plus d'angoisses et un retour remarquable de la volonté et de l'attention. Les auteurs qui font jouer un grand rôle aux fonctions sexuelles dans l'étiologie de l'état psychasthénique pourraient s'appuyer sur des cas semblables qui sont assez fréquents. Cependant, nous ne voyons guère comment l'état de grossesse donne à ces femmes une satisfaction plus complète et plus normale de l'instinct génital. D'ailleurs, cette femme a toujours eu sa satisfaction au point de vue sexuel, et cette grossesse qui est la cinquième, montre bien qu'elle ne pratiquait pas de coït anormal. A notre avis, le fait est plus simple. Il y a dans la grossesse une excitation de toutes les fonctions vitales, excitation qui se manifeste de bien des manières : le cerveau participe à cette excitation, et ne présente plus cet état de dépression au-dessous du niveau normal qui déterminait l'aboulie et les phénomènes de dérivation.

Observations 164 et 165. — **Obsession de la honte du sexe.** — *Pensée des organes génitaux, tics d'attitude, rumination mentale, manies d'oscillation ; — obsession de l'inversion sexuelle à la suite des sentiments d'incomplétude génitale et des manies de l'extrême.*

Les obsessions relatives aux parties génitales, sont toujours curieuses et soulèvent un certain nombre de problèmes intéressants. Voici un garçon de 22 ans, Wy..., intelligent et distingué qui est obsédé par la pensée de ses organes génitaux ; il les sent, il remarque leur frottement contre les vêtements, il imagine qu'ils sont d'une grosseur démesurée, enfin il croit qu'ils exhalent une odeur que tout le monde doit sentir ainsi que lui. Il tient ses mains derrière son dos dans des attitudes étranges pour n'être pas tenté de les toucher. Depuis quelque temps cette préoccupation s'étend aux organes génitaux des autres, particulièrement des hommes ; dès qu'il voit un homme lui tourner le

dos, il s'imagine qu'il veut se masturber, il ne peut plus rentrer chez ses parents parce qu'il se sent forcé de penser qu'ils se conduisent mal. Ces obsessions se présentent comme toujours sous différentes formes de rumination mentale, sous forme d'interrogations, de recherches, de précautions, de pactes, etc. Elles déterminent quelques angoisses, surtout quand le malade essaye de les interrompre.

C'est un cas que bien des auteurs expliqueraient tout de suite par l'insuffisance de satisfaction sexuelle. Il a eu quelques masturbations à l'âge de treize ans, il les a cessés depuis. Il est trop évident que c'est un continent, il semble qu'on pourrait dire tout de suite que l'excitation sexuelle inassouvie fait naître cette préoccupation des organes, ces ruminations et ces angoisses.

Ce n'est pas notre avis, ces obsessions ont commencé à l'âge de 16 ans, à une époque où chez les hommes, ces besoins sont loin d'être violents, elles ont remplacé d'autres scrupules relatifs à des confessions et à des prières dans lesquelles les phénomènes génitaux n'avaient aucune part. Si le sens génital intervient, et il est vraisemblable qu'il le fait, c'est tout au plus pour déterminer la direction particulière de ces méditations, ce n'est pas pour produire la disposition au scrupule et à l'angoisse.

Ce jeune homme tient de son père aboulique, indécis et timide, une prédisposition qui joue un rôle bien plus considérable que les excitations sexuelles. Il est toujours indécis, il met quatre ou cinq jours à se demander s'il fera oui ou non une promenade. A la dernière minute encore, il ne peut se résoudre et il prie sa sœur de décider pour lui. C'est un garçon qui n'arrive jamais au terme d'un sentiment quelconque, il ne peut pas se mettre en colère, car sa colère s'arrête tout de suite, il n'est pas capable d'aimer ou de détester quelqu'un, car il est toujours partagé entre les deux sentiments. Enfin, il est non seulement timide, mais timoré, ayant une peur extrême de déplaire, de désobéir, de s'exposer à un reproche. A l'âge de huit ans, il craignait d'avoir mal fait ses prières ; ses parents racontent qu'à cet âge il s'est levé un jour à quatre heures du matin, et qu'à dix heures du matin il était encore à genoux, essayant en vain pendant six heures de travail de dire avec perfection une dizaine de chapelet. Il est certain que la puberté peut le fatiguer, et par conséquent contribuer à abaisser sa volonté. Il s'est préoccupé de la conduite sexuelle comme de la conduite religieuse. La manie du symbole est inter-

venue pour lui représenter les organes génitaux comme le fait capital qui résumait tous ces problèmes et c'est sur eux que s'est porté le sentiment de honte.

Cette femme de 44 ans, Nokl..., nous présente un autre problème du même genre ; elle vient nous confier avec terreur que depuis sa jeunesse elle est honteuse d'être une femme et voudrait être un homme. Elle prétend qu'elle n'a jamais eu le plaisir normal avec un homme, que dans sa jeunesse elle aimait les jeunes filles, qu'elle n'a jamais eu que des satisfactions solitaires, et que maintenant encore elle craint de se laisser aller à une passion contre nature.

Beaucoup d'auteurs, surtout en Allemagne, parleraient tout de suite à ce propos d'inversion sexuelle et nous décriraient ces monstruosités morales qui mettent une âme d'homme dans un corps de femme. Nous avouons avoir toujours été extrêmement sceptiques sur ces belles théories, et voici bien des années que nous vous mettons en garde contre ces interprétations précipitées. La mère de cette femme était déjà une scrupuleuse qui avait peur de montrer les grimaces de son visage. La malade elle-même a eu des tics, puis, pendant une longue période, de l'agoraphobie. Elle a eu vers l'âge de 17 ans des scrupules génitaux parce que les règles établies tardivement ont été très pénibles et ont déterminé des examens médicaux, elle a été honteuse de son sexe comme le jeune homme précédent. Quand elle s'est mariée, elle est restée froide avec son mari, parce qu'elle était très émue, et qu'elle était incapable comme tous les psychasthéniques de pousser une émotion à son terme. Il est extrêmement fréquent que ces malades ne puissent pas parvenir à la jouissance normale, on constate le fait chez une foule de ces sujets qui n'ont aucunement des préoccupations sexuelles. Cette absence de jouissance normale s'est jointe aux anciens scrupules et les a aggravés. En effet, l'excitation sexuelle incomplète amenait comme toute émotion, toute action incomplète des psychasthéniques, des phénomènes de dérivation sous forme de rumination et d'angoisse. C'est à ce moment qu'elle s'est faite elle-même cette idée singulière de son état : elle a obéi à une manie des plus fréquentes chez les scrupuleux, la manie de pousser les choses à l'extrême en imagination, quand ils n'arrivent pas à pousser les choses assez loin dans la réalité. Elle a imaginé le plus grand crime sexuel à son idée, et

tandis que d'autres se croient poussés à souiller des hosties, elle s'est crue poussée à avoir des rapports avec des femmes. Voilà tout ce qui reste, à notre avis, de cette prétendue inversion. Ajoutez si vous voulez le souvenir de quelque amour excessif à la pension comme en ont ces faibles. Nous sommes convaincus que si par impossible on la mettait au défi, et si elle devait essayer l'acte qu'elle se figure désirer tellement, elle serait encore plus froide avec une femme qu'avec son mari. A notre avis, les auteurs qui ont édifié cette théorie de l'inversion sexuelle ne se sont pas assez préoccupé des effets d'une mauvaise éducation, des suggestions qui ont pu être faites à quelques hystériques et de ces scrupules génitaux si fréquents.

Observation 166. — **Délire de maigreur par obsession de la honte du corps.** — *Aboulie, agitations, scrupules de pudeur, manies mentales, phobies, refus d'aliments, isolement.*

Nous voudrions vous présenter un simple résumé de cette observation remarquable d'une malade maintenant âgée de 28 ans, que l'un de nous a déjà désignée sous le nom de Nadia [1]. Voyons d'abord la situation actuelle, l'état auquel la malade est parvenue à l'âge de 28 ans, après beaucoup de traitements et d'efforts de sa part. Cela nous permettra de mieux comprendre l'intérêt et le sens de cette longue évolution morbide.

Nadia est une jeune fille d'une famille riche et très distinguée, elle est elle-même extrêmement bien douée. Son intelligence est remarquable, elle parle couramment le français, l'anglais, l'allemand et le russe, elle lit l'italien et l'espagnol. Ses connaissances littéraires dans toutes les langues sont considérables, et elle lit encore énormément. A bien des points de vue, elle est une artiste remarquable, capable de dessiner un peu et de composer des motifs de décoration. Elle est surtout extrêmement musicienne soit au point de vue de l'exécution, soit même au point de vue de la composition. Ses compositions musicales, que nous avons fait apprécier par des personnes compétentes, ont été trouvées intéres-

1. Cette malade, Nadia est l'une de celles qui ont été le plus fréquemment étudiées dans le premier volume de cet ouvrage. Nous ne donnons ici qu'un résumé de son observation pour permettre de coordonner les divers phénomènes.

santes et dénotent surtout de grandes connaissances musicales. Ajoutons qu'elle a un goût très sûr, beaucoup de distinction et d'élégance.

Il semble qu'une jeune femme de ce genre soit faite pour tenir une place importante dans la société. Or elle vit depuis cinq ans dans un petit appartement dont elle ne sort presque jamais, elle y vit seule avec une garde, la seule personne avec son médecin qu'elle puisse voir. C'est tout à fait par extraordinaire et avec des efforts inouïs qu'elle arrive à voir de temps en temps quelques membres de sa famille. Elle ne correspond avec personne, ne peut recevoir que rarement une lettre de ses sœurs, et reste en un mot à peu près complètement séparée du monde extérieur. Cet isolement n'est pas le résultat d'un goût particulier pour la solitude, Nadia est la première à le déplorer : il est une sorte de nécessité qui résulte de tout un ensemble de troubles psychologiques. Il a remplacé de véritables délires qui mettaient la vie en danger, il est peu probable que l'on parvienne dans l'avenir à le diminuer beaucoup. Tel a été le résultat final d'une longue suite de scrupules variés : le terme montre bien, à notre avis, la nature de la maladie, qui est surtout une maladie de dépression, de diminution de la faculté d'adaptation à la réalité et au monde social. Nous pouvons maintenant résumer les faits qui ont peu à peu amené ce résultat singulier.

Aucun des parents n'a été précisément aliéné, mais il est évident qu'il y a une prédisposition semblable dans les deux familles. Le père est doux, sans volonté, et très indécis, la mère fut une grande nerveuse, probablement déjà tourmentée par des obsessions. Les fils sont morts en bas âge, dans des états qui se rapprochent probablement de l'imbécillité, les filles sont toutes semblables, ayant à des degrés différents le même caractère que Nadia. Quoique déjà âgées et également bien douées, aucune n'a pu ou n'a voulu se marier. Elles restent un peu isolées, avec peu de relations, tristes et scrupuleuses quoique à un moindre degré que leur sœur.

Nadia fut dès l'enfance très bizarre et très difficile à élever. Extrêmement intelligente et précoce, elle était entêtée, irritable et inéducable. A l'âge de quatre ans, elle avait déjà des obsessions bizarres, elle avait un singulier besoin que nous commençons à comprendre d'agitation et de bizarrerie. Beaucoup de nos malades nous ont expliqué ce besoin, elles sentent un affreux abaissement,

une dépression de l'esprit qu'elles ne peuvent tolérer, et il leur semble qu'elles en sortiraient si elles faisaient du tapage, si elles faisaient quelques actions extraordinaires, inouïes qui secoueraient les autres et elles-mêmes de leur inertie. Dans ces moments de dépression Nadia était furieuse de voir les gens calmes, elle voulait réveiller tout le monde dans la maison, et se mettait dans des états de rage indescriptibles. Son caractère était absolument insociable, quoiqu'elle fût douée d'une très grande affection pour tout le monde. Il y avait une contradiction qui l'a toujours fait souffrir entre ses sentiments secrets et la manière dont elle les exprimait. Elle tenait énormément à être aimée, et réclamait un amour fou de tout le monde, de ses parents, de ses sœurs, de ses domestiques ; mais dès qu'elle obtenait un peu d'affection, elle était tellement exigeante, tellement dominatrice, qu'elle ne tardait pas à éloigner les gens. Ce besoin d'être aimée et ce caractère autoritaire sont les stigmates de l'aboulie, qui ne se manifestent d'ordinaire ensemble qu'à un âge assez avancé et qui la rendaient déjà intolérable avant l'âge de dix ans.

Il en résultait une extraordinaire susceptibilité : la moindre moquerie, la moindre critique, la mettaient au désespoir et déterminaient des troubles prolongés. Or, dans sa jeunesse, vers l'âge de dix ans, elle fut exposée à quelques moqueries de ses cousins qui avaient la prétention de lui changer le caractère. Ils réussirent fort mal, car ces moqueries déterminèrent des sentiments aigus de mécontentement, d'insuffisance, de honte d'elle-même ; ces moqueries sur sa manière de marcher, de parler, de manger, localisèrent le sentiment de honte sur son corps. D'autre part son besoin d'être aimée lui inspirait le désir de rester enfant, d'être toujours une petite fille que l'on câline et qui peut tout exiger, en un mot il lui inspirait une terreur à la pensée de grandir. Ces deux dispositions lui firent prendre son corps en horreur et lui firent surtout redouter son accroissement : la honte de ses pieds, de ses mains, de ses hanches, de sa tête, de ses cheveux remplit plusieurs années.

L'arrivée précoce de la puberté aggrava singulièrement les choses en mêlant des craintes de pudeur à ses craintes de grandir. « Puisque les hommes aiment des femmes grosses, je veux toujours rester extrêmement maigre. » La terreur des poils du pubis, du développement de la poitrine, s'ajouta aux craintes précédentes.

Les ruminations mentales d'autant plus développées que l'intelligence était plus grande résultent de ces craintes : des recherches de tous les moyens possibles pour ne pas grandir, des manies de précaution interminables, des manies d'association d'idées d'une complication inouïe et surtout des serments et des pactes viennent remplir toute sa pensée. « Si je touche quatre fois une note du piano dans le même morceau, je consens à grandir et à ne plus être aimée par personne. » Elle jure de recommencer cinq fois ou dix fois une prière, de sauter cinq fois sur un pied, puis elle trouve cela absurde et jure de ne pas le faire, alors elle s'interroge pour savoir lequel des deux serments est valable. Tous les actes qu'elle aime, jouer du piano, lire, deviennent gênés par les serments, elle a juré de ne pas les faire ou elle fait un pacte maintenant en les commençant. Les actes deviennent tous de plus en plus difficiles et compliqués.

Tout devient plus grave quand vers l'âge de quinze ou seize ans, elle commence à inventer l'idée de ne pas manger pour ne pas grandir. La manie du serment s'empare de cette idée, et alors elle jure sur la tête de tout ce qu'elle aime de ne plus manger ; puis quand les supplications de sa mère l'amènent à céder elle est terrifiée par la pensée des serments qu'elle a faits et elle croit qu'elle a tué ses parents. Elle passe des heures à genoux à écrire des serments et à les déchirer, la rumination mentale prend un développement mental invraisemblable.

Une fièvre scarlatine assez grave et surtout l'émotion causée par la mort de sa mère diminuent encore plus la résistance de sa volonté : la voici vers dix-huit ans en plein délire. Elle s'est imposé un régime fantastique, deux potages au bouillon clair, un jaune d'œuf, une cuiller à bouche de vinaigre, une tasse de thé avec le jus d'un citron entier, c'est tout ce qu'elle peut absorber dans la journée.

Elle passe à plusieurs reprises six mois dans une maison de santé. On la nourrit de force, ce qui lui permet de reprendre quelques forces, puis on la remet en liberté et elle recommence. Un amour fou pour un grand musicien complique les choses. Le talent de ce musicien qu'elle était fort capable d'apprécier avait déterminé chez elle une violente émotion et cette émotion, comme il arrive souvent chez les psychasthéniques, l'avait relevée, remontée, lui avait rendu un peu le sentiment de la réalité, l'avait quelque peu débarrassée de ses pactes. Loin d'être de trop grands

émotifs comme on le répète sans cesse, ces malades sont des engourdis, à la recherche d'une émotion. Celui qui la produit devient pour eux un sauveur et ils s'y attachent désespérément.

Ce musicien d'ailleurs fort âgé vint à mourir et Nadia se figura encore que ses pactes avaient causé cette mort, la voici qui pleure sa mère et « son idéal ». Les chagrins ont chez elle le triste privilège d'être éternels ; de même qu'elle ne sait pas s'adapter à une circonstance présente, de même elle ne sait pas prendre son parti d'un fait passé. Encore aujourd'hui, quoiqu'il y ait treize ans d'écoulés, elle se croit au moment de la mort de sa mère, le temps n'existe pas pour elle. Elle ne le sent pas s'écouler et ne se rend compte ni de son âge, ni du passé lointain des choses. La voici de plus en plus entêtée dans son régime absurde, de plus en plus irritée contre ses parents qui n'ont plus aucune action sur elle. Elle s'affaiblit, garde le lit presque constamment, ce qui n'empêche pas les scènes de violence, ni les ruminations interminables.

C'est à ce moment qu'il a fallu se décider à la séparer définitivement de sa famille et que l'un de nous l'a étudiée et l'a dirigée. C'est une personne qui n'a jamais perdu la conscience de ses délires ; elle sait fort bien que tout cela est absurde ; c'est pourquoi il n'est pas très difficile, si on prend quelque influence sur elle, de mettre un peu d'ordre dans sa conduite. Quand elle a été isolée des siens, qu'elle n'a plus senti qu'une seule direction, il n'a pas été très difficile de rétablir une nourriture à peu près normale, de supprimer les plus grosses absurdités de sa conduite, de lui faire perdre la plupart des habitudes de pactes et de manies mentales. Mais à quelles conditions ? A la condition de tenir compte de sa faiblesse de volonté, et de ne lui donner que des travaux au niveau de ses forces. Il est certain qu'il lui faut huit jours pour se décider à une action qui nous demanderait deux minutes, qu'il lui faut des mois pour s'accoutumer imparfaitement au moindre petit changement. Il faut mettre une grande patience pour obtenir tout doucement quelques actes que l'on juge nécessaires ; nous avons mis des années pour lui faire jouer du piano devant nous, pour la faire tolérer l'éclairage de sa chambre. Elle voulait vivre dans l'obscurité et recevoir son médecin dans le coin le plus sombre en détournant la tête. Elle est arrivée par une éducation graduelle à supporter un grand éclairage électrique. Son besoin de direction lui fait tolérer les exi-

gences qu'on lui impose. Il est parfaitement certain qu'en exigeant un acte au-dessus de ses forces on la fait délirer. Si elle n'arrive pas à accomplir l'acte demandé, il y a tout de suite une dérivation vers l'agitation motrice, les cris, les mouvements violents, les grandes ruminations mentales, plutôt que vers les angoisses.

Cette malade a toujours été peu disposée aux angoisses, elle prétend même ne pas bien savoir ce que c'est. Cela montre une fois de plus que les obsessions ne dérivent pas forcément de l'angoisse. Si on la force à recevoir deux visites dans une journée, on la rendra délirante pendant huit jours. Bien plus, des troubles trop grands la font tomber en stupeur et elle a eu sous nos yeux de grands accès de confusion mentale. Il en résulte que l'on arrive à un état de raison moyenne à la condition de simplifier beaucoup sa vie, de supprimer presque toutes les difficultés de l'existence, presque toutes les relations sociales et de la laisser par conséquent dans cet état singulier que nous vous avons décrit en commençant.

La malade s'en rend compte, car naturellement elle s'analyse beaucoup trop, elle sent qu'elle ne vit pas comme tout le monde, qu'elle n'est pas dans le réel, mais dans un rêve perpétuel, qu'elle vit plus dans le passé que dans le présent et c'est bien la chose du monde la plus surprenante qu'une personne si intelligente quand il s'agit de l'abstrait, du passé, de l'imaginaire devienne tellement absurde dans la réalité présente. Il est rare de voir aussi nettement l'opposition des facultés de l'intelligence et des facultés de la volonté et de se rendre aussi bien compte de l'infériorité réelle de l'intelligence abstraite.

Peut-on espérer de nouveaux progrès ? Ce serait à la condition que la puissance de l'attention augmentât beaucoup. Les excitations du cerveau ont évidemment de bons effets, mais elles ne peuvent être tout le temps répétées. Il faudrait une meilleure nutrition cérébrale, malheureusement l'état général de la santé ne permet guère de l'espérer. C'est une grande arthritique avec tous les troubles de l'atonie gastrique, de la colite muco-membraneuse, des hémorroïdes ; même maintenant qu'elle consent à manger, il faut beaucoup de prudence pour la nourrir, il est bien à craindre que cette faiblesse physique ne permette que difficilement de nouveaux progrès de l'activité cérébrale.

DEUXIÈME SECTION

LES OBSESSIONS DE LA HONTE DE SOI

Les sentiments d'incomplétude ne portent pas uniquement sur les fonctions corporelles ; plus souvent encore, ils portent sur l'intelligence, sur la volonté, en un mot sur les opérations morales. Si de tels sentiments sont l'origine des obsessions de la honte, il est tout naturel que ces obsessions portent sur l'esprit plus fréquemment encore que sur le corps.

Observations 167 et 168. — **Obsession de l'imbécillité, obsession de la méchanceté.** — *Dépréciation personnelle exprimée avec doute, manie de l'interrogation à propos de ces idées de honte, sentiment d'insuffisance ; — ménopause prématurée, aboulie, sentiment de honte.*

Cette jeune fille de 19 ans, Gué..., nous déclare qu'elle est une simple imbécile, mais elle le dit avec un air singulier, en riant à demi ; elle serait tout à fait désolée si nous la prenions au sérieux. Cette femme de 40 ans, Gr..., est plus énergique encore en disant qu'elle est une imbécile méchante, aussi son état paraît l'affecter davantage, car elle reste dans un coin à pleurer. Il est facile de vous assurer que ces deux pensées qui troublent si fort ces pauvres femmes sont des obsessions, qu'elles trouvent elles-mêmes ridicules, la seconde malade consent seulement à les trouver exagérées. Pratiquement, elles ne se comportent toutes les deux ni comme des imbéciles, ni comme des méchantes : ce sont simplement des pensées qui s'imposent à elles sans action sérieuse ni sur leurs croyances ni sur leur conduite.

Cela n'empêche pas que ces deux femmes ne développent surabondamment dans leur esprit ces singulières idées. La première énumère qu'elle n'a plus de mémoire, qu'elle se perd dans les rues, qu'elle ne sait plus lire le nom des rues, qu'elle a désappris la lecture, qu'elle n'est plus capable de se conduire sans faire de

sottises, que tout le monde pourra se moquer d'elle, en un mot « qu'elle ne comprend rien à rien ». L'autre répète « qu'elle n'est pas polie, qu'elle parle et qu'elle parlera toujours grossièrement, qu'elle n'a plus aucune honnêteté, qu'en un mot qu'elle se dégoûte elle-même et que cela lui fait un effet horrible de se voir ».

De telles paroles sont très fréquentes dans le délire mélancolique, mais elles se présentent alors avec un certain degré de conviction : le mélancolique a le sentiment qu'il ne guérira jamais, qu'il est absolument et définitivement mauvais. Ces malades, au contraire, sont très incertaines de ce qu'elles affirment, la première rit d'elle-même et la seconde qui est plus atteinte, qui plus près peut-être du délire mélancolique, passe son temps à chercher des preuves de sa prétendue méchanceté. Elle essaye de repasser dans sa mémoire toutes les paroles qu'elle a dites à son père qui vient de mourir, afin de savoir si elle a été grossière avec lui. C'est donc qu'elle n'est pas bien convaincue de cette méchanceté. La forme de ces obsessions est donc bien toujours la même, elle s'accompagne de manies mentales d'interrogation et surtout, chez la seconde malade, de quelques angoisses.

Mais si la forme nous est bien connue, le fond, la matière de ces idées nous étonne maintenant. Qu'est-ce qui peut bien amener ces personnes à se déprécier ainsi elles-mêmes ? Ce n'est pas là un phénomène accidentel. Ce genre d'idées est extrêmement fréquent, il se complique souvent d'idées criminelles ou sacrilèges. Les malades se croient capables d'une action honteuse et cherchent s'ils l'ont faite : nous avons choisi ici, au début de cette leçon, des cas simples où le malade se méprise tout simplement. Nous croyons qu'il serait bien difficile d'expliquer ce genre d'idées si fréquent, si l'on ne voulait tenir compte que de l'émotivité ou des angoisses. Que le malade soit émotif, cela peut expliquer à la rigueur qu'il ait des peurs, qu'il ait même des algies, mais pourquoi des émotions violentes feraient-elles naître en lui l'idée qu'il est un imbécile. Il est évident pour nous que si l'on veut expliquer ces hontes de soi il faut admettre chez le psychasthénique d'autres symptômes que l'émotivité, qu'il faut tenir compte des abaissements, des réductions de toutes les facultés mentales. La honte de soi n'est alors qu'une expression exagérée et puérile de troubles réels.

Cette jeune fille de 19 ans, fille d'une mère nerveuse et phtisique a présenté, depuis l'âge de 13 ans, une cataracte des deux yeux, que l'on a opérés successivement il y a quelques mois. Cette

cécité croissante, les opérations, l'ont beaucoup fatiguée d'autant plus qu'elle est à l'époque de la puberté, qui chez elle a été tardive, vers 17 ans. On l'a vue graduellement se troubler, devenir peu attentive, peu maîtresse d'elle-même, incapable de travailler ; il est vrai qu'elle a une diminution de la mémoire et qu'elle garde très peu le souvenir des choses récentes. Elle en est venue à s'étonner et à s'effrayer elle-même de ces troubles, d'autant plus que les psychasthéniques ont un sentiment aigu de leur insuffisance. L'obsession d'imbécillité n'est que l'expression de ces sentiments.

La seconde malade est plus singulière, elle a d'abord présenté un fait physique bien étrange, c'est un arrêt des règles avec l'apparence d'une véritable ménopause à l'âge de vingt ans. Elle avait été réglée normalement à l'âge de 13 ans, les époques étaient restées normales. A l'âge de 19 ans, elle eut une fièvre typhoïde extrêmement grave, à la suite de laquelle elle eut encore trois fois ses règles, mais avec de grands écarts, et sous forme de très grandes hémorragies. Puis tout s'est arrêté et elle n'a plus jamais eu le moindre phénomène menstruel depuis 20 ans. Elle ne s'est pas mariée et elle n'a plus jamais eu la moindre excitation génitale, tandis qu'elle prétend avoir été normale sur ce point auparavant : on dirait vraiment une ménopause anticipée que nous nous bornons à constater sans chercher à l'expliquer. Nous avons déjà vu, à propos des manies mentales, une jeune scrupuleuse qui n'avait jamais eu ses règles. Il ne faut pas en conclure que les obsessions dépendent de ces phénomènes génitaux, mais simplement que les affaiblissements ou dégénérations du cerveau accompagnent souvent des dégénérations d'autres organes. M. Hanot se plaisait autrefois à montrer l'étroitesse de l'aorte chez les chlorotiques et les nerveuses, il s'agit dans ces maladies probablement d'un trouble général de tout l'organisme.

Après cette maladie, la jeune fille qui semblait normale jusque-là, changea de caractère, elle devint très molle, très indécise. « Elle a toujours eu depuis cette époque, nous dit la dame qui l'accompagne, le caractère d'une enfant de douze ans, elle voulait toujours être conduite par son père et, à 40 ans, elle n'osait pas sortir seule. » Or son père vient de mourir, de là toute la maladie, elle est plus affaiblie que jamais et elle a un sentiment d'isolement, d'abandon, qui augmente encore son indécision habituelle, elle ne se sent bonne à rien. Au début, elle disait toujours qu'elle avait été méchante pour son père et qu'elle lui avait mal répondu ; maintenant, elle exagère

encore et se déclare bête et méchante sur tous les points. Remarquez, à propos de cette dernière malade, qu'il n'y avait pas de tares héréditaires bien nettes, mais que la fièvre typhoïde à 20 ans a fait d'elle une dégénérée quoiqu'elle fût normale auparavant.

Observation 169. — **Obsession de jalousie.** — *Antécédents héréditaires, stigmates de dégénérescence, aboulie, émotion, sentiments d'incomplétude et de dépréciation personnelle.*

Il serait facile de vous présenter beaucoup de malades atteints de la honte de soi, mais comme elles ressemblent toutes beaucoup aux deux précédentes, il vaut mieux prendre quelques formes anormales de cette obsession. Voici une obsession en apparence singulière qui nous paraît dériver de la honte de soi.

Cette femme, Fa..., âgée de 34 ans, est terriblement prédisposée par ses antécédents, le grand-père est mort fou après avoir été vingt ans dans un asile, il y avait été enfermé après un assassinat. Le père fut également aliéné, mais seulement vers la fin de sa vie, une tante est encore dans un asile. La mère est une hystérique, deux cousins se sont suicidés et une sœur a eu des crises d'hystérie. Nous vous faisons remarquer chez cette femme un signe curieux de dégénérescence physique qui avait déjà été signalé par M. Feré. L'iris dans les deux yeux est de couleur absolument différente, il est noir à droite, gris jaunâtre à gauche. En outre, la pupille de l'œil gauche est tout à fait excentrique. En réalité, comme nous l'ont fait remarquer MM. Pitres et Régis, ces signes physiques de dégénérescence ne sont pas très fréquents chez les obsédés, on les trouve plutôt chez les épileptiques et chez les idiots.

Cette femme a toujours eu très peu d'énergie et elle a eu bien des troubles abouliques ; un des plus curieux était un désir maladif d'être débarrassé de son travail, elle ne pouvait supporter la pensée d'une besogne à faire, elle était malheureuse et angoissée tant qu'elle ne l'avait pas terminée. Elle avait toujours besoin d'un soutien et quand elle fut mariée elle ne permettait pas à son mari de s'éloigner un instant. Elle a traversé également plusieurs obsessions hypocondriaques. Mais les choses se sont beaucoup aggravées depuis l'âge de 29 ans, à la suite d'une maladie grave du mari.

Elle fut épouvantée à la pensée de le perdre et de se trouver seule, elle eut cependant quelque énergie tant que dura la maladie ; depuis qu'il est guéri elle se laisse tomber complètement. L'obsession qui s'est développée depuis deux ans est la suivante : c'est un sentiment ou une pensée de jalousie à propos de tout ce qu'elle voit. Elle ne peut pas rencontrer une personne quelconque sans lui envier immédiatement quelque chose. « Celle-ci est bien habillée, celui-là a une bonne mine, cet autre marche bien, cette femme a un enfant, celle-ci a un mari, voilà un homme qui sait parler, en voici un qui est vigoureux, voici une dame qui est charitable, cet individu qui paye dans un magasin est honnête. » Cette pensée que nous résumons brièvement donne lieu chaque fois dans son esprit à un long développement, elle se répète que cet individu a bien du bonheur d'être ainsi honnête, que la vie est heureuse pour lui, et elle souffre, à cette pensée, d'une jalousie féroce. Il est douloureux pour elle de constater ces bonnes qualités des autres, détail curieux, il lui arrive d'être jalouse des malheurs d'autrui. « Ils ont bien de la chance de pleurer leur père, en voilà qui ont du bonheur d'être ainsi secoués par un grand malheur », et ces pensées l'affolent complètement.

Il est vrai que l'expression de ses obsessions est très bizarre, mais à notre avis c'est uniquement l'expression qui est singulière. Nous vous répétons qu'à l'inverse des idées fixes des hystériques qui sont très nombreuses parce qu'elles sont souvent la reproduction d'événements extérieurs quelconques, les obsessions des psychasthéniques sont toujours les mêmes, parce qu'elles expriment un état mental qui est toujours le même. Elles ne diffèrent que par l'expression qui varie suivant l'éducation, l'intelligence, le milieu du malade. Eh bien, la jalousie de cette femme n'est qu'une expression détournée de l'obsession d'imbécillité des malades précédentes. Quand elle envie l'intelligence, l'honnêteté, la force, l'activité des passants, c'est comme si elle répétait qu'elle est elle-même sans honnêteté, sans activité, sans intelligence. On le lui fait dire facilement : « Pourquoi enviez-vous ces gens qui ont eu un malheur et qui pleurent ?

La malade. — Parce qu'il me semble qu'il serait bon de pouvoir pleurer parce que je me sens incapable d'en faire autant. »

Son idée de dépréciation personnelle est si grande qu'elle l'applique à tout ce qu'elle possède, à tout ce qui l'a touche : elle envie des femmes qui ont un mari et un enfant, mais elle a elle-

même un mari et un enfant, et même nous avons vu qu'autrefois elle tenait énormément à son mari. Maintenant, tout est changé, son mari et son enfant lui déplaisent, la dégoûtent, elle a dit une fois devant nous un mot qui nous plaît fort : « Ce n'est pas un vrai mari, ce n'est pas un vrai enfant. » Voyez-vous le trouble du sens de la réalité, le sentiment de l'irréel et du rêve qui apparaît même dans ce délire de jalousie ? C'est un sentiment d'abaissement qui domine la situation et qui s'exprime simplement d'une manière singulière. Le mari nous fait observer un détail intéressant : c'est que les modifications de son état mental s'accompagnent de modifications physiques ; dès qu'elle va mieux elle engraisse énormément, dès qu'elle est reprise par une période d'idées fixes elle commence par perdre dix ou vingt livres de son poids. Les symptômes neurasthéniques, troubles de la digestion, troubles gastro-intestinaux, sentiment de fatigue dans la tête et dans le dos sont des préludes qui ne trompent pas le mari. Ils justifient encore notre interprétation qui place le point de départ de l'obsession dans un abaissement de la tension psychologique et de la tension nerveuse.

Observation 170. — **Scrupules de vocation.** — *Honte de soi, manie des présages, manie d'interrogation.*

Des obsessions complexes demandent toujours à être analysées pour que l'on puisse retrouver le fait fondamental qui en est le point de départ.

Voici une jeune fille de 24 ans, We..., qui ne se plaint au premier abord que d'une singulière manie mentale à forme d'interrogation. Elle se tourmente pour savoir si oui ou non elle a vu dans le ciel des croix ou des figures de saintes. Elle cherche à se souvenir si elle les a bien vues ; tantôt elle le croit, tantôt elle ne le croit pas. Elle cherche à vérifier en regardant de nouveau ; mais en réalité elle ne regarde pas bien, car elle a peur de les voir ; elle jette un coup d'œil furtif sur les nuages et cherche ensuite à se rassurer en se disant qu'elle n'a rien vu. Elle se demande aussi si les saintes lui ont parlé et elle a encore peur de les entendre ou de les avoir entendus. Il ne faudrait pas se laisser aller, comme on l'a déjà fait, à dire qu'elle est atteinte d'une maladie hallucinatoire. En réalité, elle n'a jamais rien vu, rien entendu ; elle s'interroge seulement sur ces prétendues images.

D'où vient cette manie mentale ? Si elle s'interroge sur ce point, c'est bien entendu parce que les croix et les figures de saintes auraient dans son esprit une signification, en raison d'une autre manie mentale, la manie des présages et des pactes. « Si je vois de telles figures c'est que je dois entrer au couvent, c'est que mes vœux d'entrer au couvent sont valables. » Il y a ainsi une foule de choses qui lui paraissent avoir une signification toujours à propos de son entrée au couvent. Elle regarde par la fenêtre et se dit à elle-même : « Si je ne me marie pas avec le premier jeune homme qui passe, c'est que je dois être religieuse. » On voit en somme que la première interrogation sur les saintes n'est qu'un phénomène secondaire en rapport avec une autre interrogation sur la vie religieuse.

Dans cette nouvelle manie mentale à propos de la vie religieuse, nous trouvons d'abord cette forme interrogative qui nous est bien connue et qui est l'expression de la faiblesse mentale, de l'incapacité d'arriver à une solution positive ou négative, mais nous trouvons aussi cette idée, ce sujet de l'obsession, la pensée, la vie religieuse ou la vocation d'entrer au couvent. Ces obsessions de vocation ne sont pas un phénomène accidentel ; il y a deux ans nous vous montrions une malade tourmentée par la vocation d'être institutrice[1], nous observons actuellement un jeune homme tourmenté par la vocation d'être marin, les obsessions de vocation religieuse sont particulièrement fréquentes. Nous ne pensons pas qu'il s'agisse là d'une suggestion accidentelle. Pourquoi tous ces malades ont-ils des scrupules non sur un acte déterminé, mais sur ce qu'ils appellent leur vocation, c'est que la vocation détermine tout un ensemble d'actes, change la conduite dans son ensemble. Le malade a le rêve d'un changement radical de toute sa manière d'être, et nous sommes disposés à croire que ce rêve a encore une fois pour racine le sentiment de mécontentement de toute sa conduite actuelle, de toute sa personne.

Dans le cas présent, notre interprétation est facilement justifiée, We... est avant tout une scrupuleuse, persuadée qu'elle se conduit toujours très mal. Il lui semble qu'elle est obscène, qu'elle cherche à voir le membre viril, qu'elle est méchante et qu'elle souhaite du mal à tout le monde. Quand un malheur arrive elle croit l'avoir prédit et provoqué, elle cherche si elle n'a pas fait

1. *Névroses et idées fixes*, II, p. 148.

le péché radical « c'est-à-dire un péché aussi odieux que possible », ces malades aiment toujours à aller à l'extrême. Pour le moment elle n'a rien inventé de mieux que de casser la tête des petits enfants et elle se demande si elle ne l'a pas fait très souvent. Toutes ces rêveries sur sa mauvaise conduite se rattachent à cette obsession générale que nous avons appelée la honte de soi. Voici plus de dix ans que cette jeune fille est tourmentée par cette obsession, ce n'est que dans ces dernières années qu'elle a cherché à se rappeler l'enseignement des religieuses et qu'elle en arrive à souhaiter, tout en la redoutant, la vocation religieuse.

Si nous remontons encore plus haut nous allons retrouver cette même perte du réel « qui depuis ma jeunesse m'empêche de voir les choses comme elles sont, me les fait trouver bizarres, et me donne l'envie de leur chercher une signification », l'affaiblissement énorme de la volonté, la disposition à la rêverie, etc. On sait que les neurasthéniques sont toujours plus affaissés le matin que le soir, les obsessions de We... sont si bien en rapport avec l'abaissement du niveau mental, qu'elles dominent le matin et sont presque effacées vers cinq heures de l'après-midi et qu'elles se modifient facilement sous l'influence de n'importe quelle émotion excitante.

L'hérédité est évidemment la source première de ces troubles, si l'on songe que la grand'mère a été toute sa vie tourmentée par des obsessions criminelles, que la mère vient de mourir atteinte d'un délire mélancolique avec idée de culpabilité et d'humilité.

Nous sommes parvenus à modifier énormément l'état de cette malade en cinq mois de traitement. Un hypnotisme incomplet, des exercices d'attention, toute une éducation de la volonté l'ont rendue beaucoup plus sûre d'elle-même, mais il est évident qu'elle n'est pas guérie. « La tête travaille moins, dit-elle, sur les problèmes religieux », mais elle est encore très disposée à retomber dans la honte d'elle-même pour le plus petit épuisement.

Observation 171. — **Scrupules de vocation.** — *Crises de sommeil, sentiment d'incomplétude, honte de soi, atonie de l'estomac, arthritisme.*

Voici une observation remarquable de scrupules de vocation,

1. Nous résumons cette observation qui a été l'objet de beaucoup d'études dans le premier volume de cet ouvrage.

il s'agit d'une femme de 30 ans, Gisèle, remarquablement intelligente, qui depuis dix ans se tourmente de toutes manières en se demandant si elle n'a pas eu tort de se marier et si elle n'aurait pas infiniment mieux fait en entrant au couvent. Cette idée simple se subdivise en une multitude de petits problèmes à propos de son mari, de son enfant, de son ménage, de toutes les actions qu'elle a accomplies dans sa situation de dame mariée ou bien à propos des religieuses, des prêtres de Dieu, etc. Tantôt elle lutte contre l'obsession, tantôt elle n'ose même pas lutter, « car ce serait lutter contre Dieu lui-même ». Elle approfondit tellement ses idées qu'elle en est comme enveloppée et enserrée de tous côtés ; il lui semble que dans ses ruminations elle est écrasée par une puissance supérieure, par quelque chose de fatal, de sacré, contre laquelle il est immoral de lutter. Aussi n'arrive-t-elle jamais à une conclusion, « ne peut-elle jamais tirer la barre ».

On peut se demander comme dans le cas précédent si l'éducation religieuse, la fréquentation des prêtres n'a pas été l'origine de ce genre de ruminations et de ce problème. Mais il nous semble que l'examen de la vie et du caractère de la malade permet d'écarter cette explication et de considérer ces remords obsédants de vocation, comme l'expression générale de tout un état mental particulier.

D'une famille sans tare bien nette, mais prédisposée à ces maladies du scrupule, Gisèle a débuté vers l'âge de 11 ans par des accidents nerveux assez singuliers. C'était des crises de sommeil très courtes durant à peine quelques minutes et qui la prenaient à tout moment de la journée. Elles ont été évidemment considérées par le médecin comme des crises hystériques et traitées par la métallothérapie. En considérant que la malade n'a plus jamais présenté aucun phénomène de l'ordre hystérique, nous hésitons aujourd'hui sur le diagnostic. S'agissait-il de petits vertiges comitiaux ? Vous avez-vu que cela nous intéresserait comme point de départ de l'état psychasthénique. S'agissait-il de tics ou de phénomènes analogues aux ruminations actuelles ? Nous ne pouvons le décider maintenant.

L'apparition des règles à treize ans changea la nature de la maladie, car à ce moment débuta la première obsession caractéristique. C'était un remords relatif aux crises précédentes que la malade considérait comme des simulations. Elle s'interrogeait

pour savoir si elle avait oui ou non simulé le sommeil irrésistible. Cette interrogation serait bizarre après des somnambulismes hystériques, elle est au contraire naturelle après des tics ou des phénomènes, psychasthéniques qui laissent, en effet, souvent au malade une impression d'étrangeté, de fausseté, de simulation.

Après cette obsession, insensiblement en survinrent d'autres qui portaient la malade à analyser et à critiquer tout ce qui se passait en elle-même, obsessions sur l'amour, sur sa nature, sur le problème de savoir si elle aimait bien ou si elle n'aimait pas assez, sur le défaut de confiance en elle-même, sur l'absence de confiance en Dieu, sur son égoïsme, sur l'émoussement de tous ses sentiments, etc. Le caractère qui se développait de plus en plus était extrêmement remarquable : « très intellectuelle et sans rien de pratique, disait d'elle sa mère » et le mot est toujours resté juste. Elle se préoccupe de tout ce qui est artistique ou littéraire, s'enthousiasme sur une foule de choses ; elle peut arriver à suivre bien les conceptions imaginaires et les idées abstraites et elle a, en effet, une conversation et un style des plus brillants. Mais il y a de terribles revers à la médaille, elle n'a aucune volonté et n'arrive à aucune décision sans la changer dix fois de suite. Elle ne saisit pas la réalité, elle a des doutes sur le monde, elle se demande si tout existe, si le monde est bien réel, si elle-même n'est pas une folle, si elle a bien sa personne. Il lui semble que ses sentiments n'arrivent jamais au bout, que tout glisse sur elle, comme sur une toile cirée, qu'elle a été incapable d'avoir du chagrin à la mort de son père, etc... Il lui semble toujours qu'en tout, dans ses affections surtout, elle joue la comédie. C'est l'ancienne idée par laquelle le trouble mental avait débuté. Par moments, il y a un abaissement rapide de l'esprit. « Tout à coup, dit-elle, les choses extérieures me font l'effet de devenir drôles, il y a quelque chose qui est dérangé. » Quand de tels abaissements surviennent par crises toutes les ruminations mentales commencent. Tous ces troubles s'accompagnent le plus souvent de sensations pénibles dans la tête, d'une gène au vertex, d'effets bizarres dans le cerveau, de sortes de contractions, de torsions, d'écartements, de compressions, de bruits dans la tête, etc.

De temps en temps, ces troubles cérébraux sont atténués et il y a comme un changement total de la maladie qui semble se

porter sur un autre organe ; c'est l'estomac qui devient malade, et qui présente une atonie des plus remarquables. La digestion s'arrête à peu près complètement, et des selles lientériques rendent les aliments à peu près intacts. A ce moment, il y a de grandes douleurs à la tête dans la région occipitale, douleurs que la malade attribue à l'ingestion des aliments. Elle prend alors la peur de la nourriture et une sorte d'obsession du refus des aliments qui remplace les idées précédentes.

La malade maigrit énormément, devient très faible ; puis soit sous l'influence des traitements (l'électrisation de l'estomac a paru avoir quelque effet), soit spontanément, l'estomac se remet à fonctionner, la douleur de la nuque diminue et semble se porter en avant au vertex, les divers sentiments d'étrangeté, d'incomplétude, de honte de soi et les remords de vocation recommencent. Cette alternance est extrêmement curieuse ; nous l'avons observée chez un très grand nombre de malades de ce genre sans qu'il soit bien facile de l'expliquer. Dans certains cas, on peut dire que le trouble de l'estomac est perpétuel, mais que la malade s'en rend mieux compte quand elle est moins tourmentée par ses idées, mais dans quelques cas comme dans celui-ci, les grands amaigrissements périodiques montrent bien qu'il y a par accès des modifications de la digestion. On peut dire que, d'une manière analogue à ce qui se passe dans l'hystérie, l'épuisement, l'abaissement de la tension se portent alternativement sur différentes régions du cerveau. Ce n'est guère que la traduction du fait en langage anatomique.

Il est intéressant de remarquer les influences qui font augmenter ou diminuer tous ces troubles : les maladies, l'accouchement, les fatigues, les augmentent énormément. Toutes les excitations, un enthousiasme, « une idée qui fait choc », un encouragement, une confiance momentanée, la transforment heureusement ; détail amusant, un plaisir, un enthousiasme la font digérer. A ce point de vue son cerveau est comme un ludion qui monte et qui descend à la plus légère impulsion. Le niveau de sa tension nerveuse oscille énormément et malheureusement les conséquences de cette oscillation provoquent des troubles considérables.

Si l'on considère la nature de tous ces troubles mentaux, et le caractère rêveur, idéaliste de la malade, il nous semble que le remords de vocation s'explique tout naturellement. Il y a chez Gisèle une insuffisance d'action et un sentiment de mécon-

tentement perpétuel. Elle raconte qu'elle a des souffrances horribles en accomplissant ce qu'elle appelle « ses devoirs d'état, » c'est-à-dire en soignant son ménage, en veillant à la cuisine, en surveillant l'enfant et en recousant des boutons. Elle se figure avec naïveté que ce dégoût vient de son idée de vocation religieuse qui transforme en chose méprisable les occupations d'une femme mariée. N'est-il pas vraisemblable qu'elle renverse les termes : étant donnés son caractère si intellectuel et si peu pratique, son abaissement mental qui l'éloigne de la réalité, son besoin d'excitation mentale « de la petite fièvre d'enthousiasme » comme elle le dit, il n'est pas nécessaire de chercher bien loin une explication pour comprendre qu'elle ait horreur de recoudre des boutons. Cette difficulté des actions pratiques est fondamentale chez elle, et s'accompagne de sentiment de mécontentement de sa position, de l'idée qu'elle est « déplacée ».

Quand une femme de ce genre cherche à imaginer une autre position qui soit l'inverse de sa situation pratique de mère de famille, elle ne sait concevoir que la vie religieuse et il en résulte une alternative dans laquelle elle se débat : c'est en somme l'opposition entre Marthe et Marie, entre la réalité et le rêve qui a pris une forme symbolique en raison d'une manie chère à ces malades. Une preuve de plus, ce sont les circonstances dans lesquelles l'obsession a débuté ou plutôt s'est formulée : le début le plus grave a été au moment des fiançailles. Le mariage désiré par les parents et presque imposé ne lui souriait aucunement et ne correspondait pas du tout à ses aspirations imaginaires. C'est à ce moment qu'elle a senti sa vocation religieuse et qu'elle a commencé à s'interroger à ce sujet. Ces réflexions ne sont pas sans intérêt pour nous faire comprendre la nature de semblables obsessions qui se rattachent au fond du caractère du sujet bien plus que les obsessions hystériques.

Le traitement de cette malade a eu des effets fort heureux ; l'isolement de son milieu qui lui paraissait pénible, le régime alimentaire, la suggestion excitante et rassurante, l'éducation de la volonté lui ont fait faire beaucoup de progrès. Mais il lui faut des efforts continuels pour les maintenir.

Observation 172. — **Obsession de la honte de l'alimentation.** — *Refus d'aliments, éreutophobie, manie des pactes.*

Voici un cas assez simple et assez fréquent mais qu'il est important de connaître, car il y a là une question importante de pratique médicale. Cette jeune fille de 24 ans, Cui..., en arrive peu à peu, depuis deux ans, à refuser complètement de manger. Ce furent d'abord des résistances survenant de temps en temps et qui ont commencé il y a très longtemps, à l'âge de 13 ou 14 ans. Puis elle imagina des prétextes fondés sur de prétendues maladies de l'estomac pour manger le moins possible, elle commença des plaintes sur le goût des aliments, sur la cuisine, elle prit des habitudes bizarres de changer la nature des plats qu'on lui servait : elle appelait du veau du mouton et réciproquement. Enfin, les résistances devinrent plus grandes, elle resta deux jours, huit jours sans manger ; depuis six semaines le refus est à peu près complet. C'est là un symptôme qu'on a tort d'appeler toujours de l'anorexie, car il ne comporte pas toujours la perte de l'appétit et qu'on a souvent proposé d'appeler sitieirgie (repousser les aliments). Ce symptôme est banal et amène bien souvent les jeunes filles chez les médecins neurologistes.

Vous savez que l'on parle presque toujours à ce propos d'anorexie hystérique, c'est quelquefois vrai, mais il est dangereux de généraliser. Rappelez-vous les principaux symptômes de l'anorexie hystérique : en premier lieu, la perte de la sensibilité spéciale de la faim avec anesthésie plus ou moins propagée aux organes de l'alimentation et qu'il faut rechercher sur la bouche, la langue, le pharynx, l'œsophage, l'estomac et même l'intestin. Cette anesthésie s'étend souvent aux régions de la peau qui recouvre les organes : ainsi nous avons souvent eu l'occasion de vous montrer que l'anesthésie de l'épigastre accompagne assez souvent celle de l'estomac, et que l'anesthésie de la peau du ventre accompagne l'inertie intestinale. Ces symptômes n'existent à aucun degré chez cette malade, il n'y a aucune région de la peau qui soit anesthésiée : la bouche est sensible et la langue distingue bien les saveurs. A-t-elle également conservé la sensation de la faim ? Cela est plus difficile à déterminer ; elle se plaint souvent de n'avoir pas

faim quand on veut la faire manger, mais n'est-ce pas là le résultat de son entêtement ?

Il y a un petit fait dont l'importance est assez grande pour montrer la conservation de la faim et l'absence de l'anorexie proprement dite : c'est l'habitude de manger en cachette. Vous savez que le fait est connu depuis longtemps : beaucoup de ces jeunes filles qui se feraient tuer plutôt que de manger à table, se lèvent la nuit pour voler de la nourriture dans le garde-manger, et les parents en viennent toujours à laisser traîner des aliments çà et là afin qu'elles se nourrissent la nuit. Notre malade a tout à fait cette habitude, elle mangeait même de cette façon avec une certaine régularité, presque tous les soirs. C'est ce qui explique la conservation relative des forces malgré un refus apparent de tout aliment depuis six semaines. On a souvent répété que ce caractère de manger en cachette caractérise les hystériques. Ce n'est pas très juste ; dans la grande anorexie hystérique, avec forte anesthésie, la faim est si bien supprimée que la malade ne songe jamais à manger. Quand nous voyons l'habitude de manger en cachette prendre un grand développement, comme dans le cas présent, nous devons déjà soupçonner qu'il s'agit d'autre chose que de l'hystérie.

Enfin vous connaissez ce symptôme curieux que présentent les hystériques anorexiques : l'exagération du mouvement, l'excitation motrice dont il n'y a ici aucune trace. La malade est plutôt inerte, rêveuse, et n'a pas cette agitation, cette belle ardeur au travail qui caractérise l'hystérique quand elle refuse de manger.

Ces remarques nous montrent donc qu'il ne s'agit pas d'un cas d'hystérie simple, le refus d'aliments ne dépend pas simplement d'une anesthésie qui supprime la faim, il est en rapport avec des résolutions et des entêtements, des idées. Ces idées sont ici assez confuses : la malade n'est pas très intelligente, et, en ce moment, elle se perd dans son délire. Les idées principales sont qu'elle peut bien vivre sans manger et que d'ailleurs il n'y a pas d'inconvénient à ce qu'elle meure, sa présence dans le monde étant inutile, des idées vagues qu'elle a fait des vœux religieux qui lui interdisent l'alimentation, que si elle mange il arrivera des malheurs. Toutes ces idées se rattachent à un sentiment fondamental très curieux : la honte de manger. Depuis l'âge de 12 ou 13 ans, elle a ce sentiment : il lui semble que c'est laid, vilain de

manger, qu'on devrait se cacher pour le faire comme pour uriner. C'est là une des formes les plus importantes de ce groupe des hontes du corps qui jouent un si grand rôle chez les scrupuleux. La considération de cette honte de manger explique fort bien les manies de manger en cachette dont on arrive pas à rendre compte, quand on ne parle que d'anorexie proprement dite. Si on suit l'histoire des malades on voit qu'ils ont commencé par redouter les dîners de famille où l'on est nombreux, qu'ils ne voulaient pas aller dîner en ville, qu'ils refusaient de manger devant des étrangers ; plus on considérera cette honte des fonctions organiques, plus on expliquera ces bizarreries de l'alimentation, de la respiration, de la miction même et surtout des fonctions génitales.

Nous ne voulons pas remonter au delà et chercher l'origine psychologique de cette honte de manger, c'est un point que nous avons déjà souvent discuté. Remarquez seulement que cette jeune fille croyait rougir en mangeant, qu'elle avait la peur de rougir ; ajoutez que comme tous les scrupuleux elle voulait rester petite fille et qu'elle avait la crainte de grandir vous aurez déjà remonté vers l'origine ; une étape plus haut vous trouveriez la timidité, la crainte d'être remarquée, la crainte d'avoir à faire un effort, enfin cette aboulie spéciale qui est en rapport avec l'abaissement du niveau mental. Un père probablement alcoolique, c'est tout ce que nous retrouvons comme étiologie.

Quant au traitement, remarquez qu'elle mange depuis qu'elle est entrée à l'hôpital : le changement, l'émotion, l'ont déjà quelque peu secouée et ont fait remonter sa tension psychologique. Il est probable que cette forme de ses scrupules disparaîtra assez vite, mais nous craignons qu'elle ne soit remplacée par bien d'autres.

Observations 173 et 174. — **L'obsession de la folie.** — *Fréquence très grande de cette obsession, cette idée n'existe pas chez les aliénés délirants, aboulie, défaut de confiance, inquiétude, honte de soi.*

Nous voudrions, à propos de ces deux malades qui se ressemblent beaucoup, attirer votre attention sur une obsession intéressante qui n'a pas été bien étudiée. Nous voulons parler de *l'obsession de la folie.*

Le sentiment, la crainte de la folie, est un accident assez fré-

quent chez les obsédés ; cette première malade, Léo..., âgée de 36 ans, le présente au plus haut degré. Elle a l'idée fixe qu'elle va devenir folle, qu'elle va délirer, qu'elle va faire des folies. Cette seconde malade, Vof..., âgée de 38 ans, présente un peu moins cette idée, mais elle l'a fréquemment à propos de son autre obsession, la peur du chien enragé. D'ailleurs elle a eu autrefois, à l'âge de 18 ans, une obsession que nous trouvons analogue, celle des crises de nerfs. Elle était tourmentée par l'idée qu'elle allait avoir des crises convulsives et délirantes. C'était à peu près la même chose que l'obsession de la folie de Léo... Un très grand nombre des malades que nous vous avons présentés ont eu cette même obsession de la folie. Rappelez-vous en particulier quelques-uns de ceux qui présentent le symptôme de l'agoraphobie. Plusieurs analysent leurs terreurs en disant qu'ils ont le sentiment de perdre la tête, qu'ils ont peur de faire des folies. Plusieurs malades agoraphobes qui viennent actuellement se faire soigner dans le service sont tout à fait dans ce cas. C'est donc une obsession très fréquente.

Cependant si on y réfléchit, cette idée et ce sentiment sont assez bizarres. Ils n'existent guère chez les vrais fous. Le persécuté, le mélancolique qui parle d'échafaud, le maniaque qui hurle, n'ont pas souvent le sentiment de la folie. En effet, ces termes sont presque contradictoires, la folie n'est pas une chose qui se sente ; du moment qu'on la sent et qu'on l'apprécie, c'est qu'on n'est pas fou. Par conséquent, il doit y avoir un malentendu, quand ces malades nous disent qu'ils se sentent fous, qu'ils agissent comme des fous.

En quoi consistent leur sentiment ? Une première réponse facile consiste à dire qu'ils pensent à d'autres fous qu'ils ont vu et que la folie dont ils parlent n'est pas la leur, mais celle qu'ils ont pu apprécier. En effet, Léo.., rattache son idée fixe à la vue d'une folle qu'elle aurait rencontrée il y a une douzaine d'années ; Vof... rattache sa crainte des crises délirantes à la vue d'une crise de nerfs. Ainsi l'obsession de la folie serait une obsession banale, due à un spectacle émotionnant. Ce n'est pas tout à fait notre opinion ; d'abord, pourquoi ces personnes-là sont-elles si fréquemment impressionnées par la vue d'une folie quelconque. Après tout il y a dans leur existence des circonstances plus émotionnantes que celle-là. Au lieu de se souvenir des malheurs qui ont pu leur arriver, ils se rappellent toute leur vie qu'ils sont entrés dans une Cour de

Sainte-Anne ou qu'ils ont vu un ivrogne délirer. Il y a déjà dans le choix de cette émotion quelque chose de spécial. En outre, nombre de ces malades, et en particulier les agoraphobes dont nous vous parlions n'ont jamais vu de fous et se sont fait spontanément une idée de la folie.

C'est qu'en effet cette folie dont ils parlent sans cesse est une folie imaginaire, c'est leur façon à eux de concevoir la folie. Cela consiste pour eux à faire les actes qui, à leur point de vue, leur semblent déraisonnables. Léo... a peur dans sa prétendue folie de faire du mal à sa petite fille, une agoraphobe a peur dans sa folie de se laisser enlever par un monsieur. La folie, pour eux, c'est, en somme, l'action qu'ils redoutent, l'action antipathique à leur caractère de mère de famille ou de jeune fille honnête. Nous en arrivons à nous demander pourquoi ils ont peur de faire des bêtises, car c'est là en somme leur idée fixe de la folie: c'est qu'ils se défient de leur propre volonté.

Reprenons l'histoire de Léo... qui est au fond dans les grands traits la même que celle de Volf... Depuis l'enfance, ce sont des inquiètes qui ont peur de ne pas satisfaire les maîtresses en classe, de ne pas bien faire la première communion, de ne pas bien travailler, qui souffrent d'un défaut continuel de confiance en elles-mêmes. Ce défaut de confiance, d'ailleurs, est justifié car elles manquent absolument d'énergie et de décision, elles hésitent indéfiniment et se laissent mener par tout le monde. Vous reconnaissez nos abouliques et nos scrupuleux. Ce que nous voulions vous faire remarquer, c'est que l'obsession de la folie n'est qu'une expression de leurs scrupules perpétuels.

Deux mots maintenant sur les détails propres à chacune de ces deux malades. Léo..., qui a 36 ans, est obsédée depuis l'âge de 24 ans par cette idée de la folie qui la tourmente surtout lorsqu'elle a le sentiment de la solitude, de l'isolement moral. C'est vous dire que son scrupule prend facilement la forme d'agoraphobie.

Vof... a 38 ans, elle a eu une première crise à l'âge de 18 ans, consistant dans la peur d'avoir des crises délirantes. Cette première atteinte n'avait pas laissé beaucoup de traces dans l'esprit, l'inquiétude qui persistait toujours était devenue vague. Il y a un an elle fut mordue par un petit chien; l'émotion fut vive mais l'obession ne se développa guère que six semaines après. Il nous faudra un jour revenir sur cette période d'incubation.

Depuis elle a un sentiment complexe de mécontentement, de honte d'elle-même. Cette morsure au pied la rend « différente des autres, différente de ce qu'elle était autrefois, plus malheureuse que les autres ».

Ce n'est pas précisément la peur de la rage, c'est un sentiment qui se rapproche de la honte de soi-même et que la malade elle-même rapproche de la peur de la folie. Elle bavarde sans cesse en elle-même sur cette idée et se fatigue la tête par ses ruminations. C'est pourquoi nous avons rapproché ces deux malades en cherchant à étudier un caractère plus général de l'obsession. Plus on examine ces malades, plus on comprend qu'il n'y a pas lieu de séparer les différentes phobies les unes des autres et qu'il y a dans toutes un fond commun toujours le même, l'inquiétude et l'aboulie.

Observations 175-180. — **Obsessions de la folie.** — *État psychasthénique à la suite d'un accouchement ; — à la suite de l'allaitement, crises d'obsession ; — sentiment d'isolement, besoin de direction ; — phobie des couteaux, angoisses ; — sentiment d'engourdissement, rachialgie, sentiment de l'étrange ; — aboulie, inquiétude, agoraphobie à la suite d'émotion.*

Il suffit de vous présenter rapidement ces six malades pour confirmer une opinion que nous avons souvent exprimée devant vous sur la fréquence de l'obsession de la folie. Cette idée de la folie est celle qui exprime le plus simplement pour l'esprit du malade les troubles fondamentaux de l'abaissement de la tension mentale qu'il ressent, et les sentiments d'incomplétude qu'il éprouve si vivement.

Zb..., femme de 32 ans, présente un état psychasthénique à la suite d'un accouchement. « Je me dégoûte de moi-même, je me frappe de tous ces cauchemars, j'ai tout le temps l'idée que je suis complètement folle, dites-moi si je le suis tout à fait, j'ai peur de me jeter par la fenêtre avec mes enfants, j'ai peur de commettre des crimes : les nerveux et les fous font des crimes, et j'en ferai peut-être aussi, puisque je suis folle... »

Car..., femme de 28 ans, a déjà eu une première crise, il y a trois ans pendant qu'elle allaitait sa fille ; la crise s'est guérie en

deux mois. Les troubles viennent de recommencer à la suite de fatigues et à propos d'une querelle avec le mari. Les obsessions ne sont pas continues, elles réapparaissent par crises trois ou quatre fois par jour pendant une demi-heure ou deux heures. Les crises sont accompagnées d'agitation motrice, et la malade marche tout le temps en répétant tout haut ses ruminations ; comme cela arrive souvent quand il y a agitation motrice et grande agitation mentale, il y a peu d'angoisse proprement dite. La malade répète « que cela lui barre dans la tête, qu'elle n'est plus comme tout le monde, qu'elle est tout à fait folle, et qu'il faudra l'enfermer comme la petite R... qu'elle a vue à la Salpêtrière... ». L'histoire de la petite R... qu'elle a vue il y a quelque temps est évidemment insignifiante, d'autant plus que R..., une confuse stupide que nous avons eue dans les salles, ne montrait aucunement cette agitation, c'est une manière de dire qu'elle se sent drôle et qu'elle ne se sent plus maîtresse d'elle-même.

Cas..., femme de 52 ans, d'une famille où l'on ne trouve pas d'aliénés mais des goutteux, a déjà eu deux accès semblables à celui-ci : il est intéressant de remarquer que les trois accès se sont produits dans les mêmes circonstances à propos des mêmes sentiments moraux. A l'âge de 42 ans, elle vit son fils tomber à l'eau, on le retira à demi noyé, mais il survécut. La mère fut épouvantée et eut l'esprit traversé par cette idée : « Je vais rester seule. » Elle resta un mois sans manger et sans dormir répétant sans cesse « qu'elle ne pourra plus se conduire dans la vie parce qu'elle est isolée sans appui, qu'elle a perdu la tête, qu'elle est folle. » A l'âge de 45 ans, elle apprit la mort de sa mère qui, pourtant, n'habitait pas avec elle, nouvel accès de trois mois tout à fait identique. Enfin, il y a deux mois, sa fille qui habitait avec elle vient de la quitter : « Cela m'a frappée de nouveau, j'ai eu la tête lourde, gênée, je ne suis plus libre de penser, quelque chose m'empêche de développer mes idées, je deviens indifférente à tout, il me semble que je suis seule au monde, comment voulez-vous que je vive si je suis seule, j'ai besoin d'être dirigée puisque je suis à moitié folle, ma grande crainte c'est d'être folle, je demande à tout le monde si on me trouve déjà tout à fait folle ; si je ne le suis pas tout à fait, cela ne va pas tarder, puisqu'on me laisse seule. » Ici, c'est le sentiment d'isolement si grave chez les psychasthéniques qui est la source d'où sort l'obsession de folie.

Mrc..., homme de 46 ans, a toujours été un scrupuleux, indécis, mécontent de toute action qu'il vient de faire et regrettant toujours de ne pas avoir fait le contraire. Il a déjà eu, à plusieurs reprises, la phobie des couteaux : détail particulier il est fabriquant de couteaux, et il les fait toujours à bouts ronds, jamais pointus, tant pis pour les goûts de la clientèle. Il est depuis quelque temps plus fatigué surtout après des troubles digestifs qui ont amené un fort amaigrissement. Le voici pris d'angoisses à la pensée qu'il va devenir ramolli, qu'il va être fou comme ces malheureux qu'il a vus une fois dans un asile, il y a dix ans. « Cette idée me tourmente toute la journée et c'est elle qui détermine mes angoisses. » Nous pensons au contraire qu'elle est la suite naturelle des angoisses et surtout des sentiments qu'il ressent sur lui-même depuis longtemps.

Gru..., femme de 28 ans, a commencé les troubles psychasthéniques après la mort de sa mère, il y a trois mois : douleurs de tête, atonie de l'estomac, sentiment d'engourdissement et de fatigue douloureuse et rachialgie. Ce dernier symptôme a ici un petit intérêt, parce que certains auteurs qui voulaient trop séparer, à notre avis, la psychasthénie et la neurasthénie ont soutenu que les malades qui ont des obsessions et des angoisses ne présentaient pas ce symptôme banal de la rachialgie. L'état neurasthénique de celle-ci s'est rapidement aggravé, elle a des crises d'agitation dans lesquelles elle veut tout casser et pendant lesquelles elle bat son mari et ses enfants, des crises de suffocation et d'angoisse, surtout le matin au réveil. Depuis quelques jours, soit pendant l'agitation, soit pendant l'angoisse, elle se plaint de devenir folle : « J'ai la tête drôle, dit-elle, j'ai des idées bizarres : promettez-moi que vous ne m'enfermerez pas. C'est effrayant de devenir comme les fous, je préférerais mourir, la mort ne me fait pas peur, j'étouffe en pensant que je vais devenir folle et je ne peux pas m'empêcher de le penser tout le temps. » Son mari se montre très étonné et nous répond qu'il ne comprend pas où elle a pu chercher une pareille idée, car, dit-il, elle n'a jamais vu de fous et on n'en parlait jamais devant elle.

Il n'en est pas de même chez cette dernière malade, Byp..., femme de 28 ans ; elle avait un frère à l'asile depuis bien des années, et elle allait le voir sans inquiétude. Il y a 18 mois, sans

avoir été prévenue d'avance, elle l'a trouvé mort et a dû s'occuper de son enterrement. Le lendemain, elle a été prise d'une crise de dépression mentale : elle sentait quelque chose de lourd dans la tête, elle s'est mise à répéter qu'elle voyait des gens avec une figure horrible, que les maisons lui paraissaient à l'envers, que personne n'avait plus l'air naturel, qu'elle était poussée à se jeter contre les murs, et que certainement elle devenait folle comme son frère. La crise s'est calmée assez vite, elle a recommencé les jours suivants, puis les crises sont devenues subintrantes et depuis quelque mois la maladie est constituée avec deux symptômes principaux : l'agoraphobie et l'obsession de la folie. Bien qu'il y ait ici, au point de départ, la vue d'un aliéné, nous ne rattachons pas l'obsession à ce spectacle. Cette femme a visité son frère pendant plus de dix ans sans avoir cette obsession, elle était simplement une aboulique et une inquiète. C'est l'émotion qui a produit l'abaissement mental et qui a fait naître le trouble de la perception, l'apparence étrange des objets. Comme elle avait vu un aliéné, elle a traduit cette apparence étrange en l'exagérant, quand elle a dit que tout devenait horrible, que tout était à l'envers, qu'elle était folle, et tant que persiste l'abaissement mental avec les sentiments d'incomplétude, son esprit est poussé à reproduire la même interprétation, c'est ce qui a constitué chez elle l'obsession de la folie.

TROISIÈME SECTION

LES OBSESSIONS DE L'AMOUR

Les obsessions amoureuses sont très fréquentes et se présentent le plus souvent sous la forme du regret passionné d'une personne qui a quitté les malades. Ces obsessions semblent au premier abord assez différentes des obsessions de honte. Cependant nous croyons juste de les rattacher au même groupe, car ces amours pathologiques dépendent presque toujours du besoin de direction, du besoin d'excitation, du sentiment de faiblesse et d'incomplétude, et par conséquent elles ont le même point de départ et la même nature que toutes les obsessions de honte.

Observation 181. — **Obsession amoureuse.** — *Entêtement, obsession de la honte de soi.*

Cette jeune fille, Byl..., âgée de 21 ans, est amoureuse : il semble que ce soit là une chose bien naturelle et que nous ayons grand tort de nous en mêler. Cependant, il est bon que vous sachiez que tous les amours ne sont pas normaux, et que très souvent ils peuvent être aussi pathologiques qu'une phobie ou une obsession. Depuis longtemps on a admis chez ceux que l'on appelait les dégénérés des obsessions amoureuses, des érotomanies, M. Magnan les a particulièrement étudiées. Vous savez qu'il les divisait en trois classes, suivant que l'amour était plus matériel ou plus idéal, les manies de masturbation, les manies érotiques proprement dites avec désir sexuel, et les érotomanies idéales, les passions de ces malheureux amoureux d'une étoile. Cette distinction est intéressante, elle ne permet peut-être pas d'expliquer facilement la genèse de ces obsessions. Si nous laissons de côté les masturbations qui sont des tics, des agitations élémentaires, nous croyons que les autres classes s'entremêlent bien souvent et nous pensons qu'il y a lieu de tenir compte, pour répartir les cas qu'elles embrassent, des diverses conditions psychologiques dans lesquelles se développent ces amours. Ce premier cas que nous

étudions aujourd'hui est aussi le plus simple, l'amour ne joue ici qu'un rôle secondaire. Il est comme les jalousies, comme les idées de folie une expression d'un sentiment fondamentale et d'une obsession plus profonde et plus simple.

Voyons comment les faits se sont passés. Cette jeune fille, arrivée à l'âge de 21 ans il y a quelques mois, vint un beau matin faire à ses parents ahuris une singulière déclaration. Elle leur déclara qu'étant majeure et libre d'elle-même, elle voulait épouser le garçon jardinier de la maison. Elle leur apprit que déjà plusieurs fois elle était sortie la nuit de sa chambre, et qu'à l'aide d'une échelle elle était montée dans la chambre de ce garçon, qu'ils étaient fiancés et que le mariage devait avoir lieu le plus tôt possible. Le garçon jardinier, tout en affirmant qu'il avait respecté la jeune fille, confirmait ces belles déclarations. Quand on voulut les séparer l'un de l'autre, ce furent de grandes scènes, et Byl... déclara qu'elle userait de tous les moyens légaux pour arriver à la conclusion de ce mariage. Nous sommes consultés par les parents sur le caractère d'un acte semblable, quelle opinion allons-nous donner ?

La jeune fille est en ce moment très réticente ; à toutes nos questions elle répond qu'elle n'est aucunement malade, que nous ne pouvons pas sans raison la faire passer pour folle, et que sa résolution est inébranlable. Avant de l'interroger de nouveau, il faut nous rendre compte un peu mieux de son histoire. Les parents, sans être malades, ne sont pas normaux : le père est un aboulique extrêmement indécis, presque continuellement mélancolique ; la sœur aînée est franchement une psychasthénique, avec des maux de tête, des maux d'estomac, des troubles de l'attention, des manies mentales de précision et des phobies, en particulier des phobies des fonctions et surtout des phobies de la parole. Notre sujet lui-même a toujours été plus que bizarre, d'une timidité et d'une sauvagerie extrêmes, cette jeune fille n'a pu rester dans aucune pension, elle avait pris même la résolution de mourir de faim, si ses parents ne l'en retiraient pas. Elle a toujours eu des crises d'entêtement formidable, dont il était absolument impossible de la faire sortir. Ces entêtements sont, comme vous le savez, une autre forme de l'aboulie. Depuis longtemps, par suite de sa sauvagerie, elle refusait de voir du monde ; mais vers 17 ans, elle commença à refuser de sortir et de se montrer dans la rue. Elle donnait à ce propos des explications bizarres : « Je ne

suis pas une jeune fille comme les autres, je suis laide, j'ai une figure de chat ; vous ne voyez donc pas comme cela est honteux de faire sortir une jeune fille comme moi. Je suis un monstre, tout le monde se retourne quand je passe, c'est pour moi un supplice de me laisser voir ainsi. » Et il fallait se résigner à des scènes inouïes pour obtenir qu'elle prît un peu l'air au dehors. Dans ces conditions la voici qui déclara il y a deux ans qu'elle voulait entrer au couvent de la Trappe, et qui, pendant quelque temps, s'entêta dans ses idées religieuses. Cependant elle ne poussa pas son projet jusqu'au bout, mais elle resta triste et continuait à répéter : « Je suis un pauvre être à part, pas intelligente, laide, pas capable de tenir mon rang, etc. » Depuis quelque temps, elle était en apparence plus calme, et c'est à ce moment qu'elle a lancé sa déclaration de fiançailles.

Nous commençons déjà à être édifiés : toute l'histoire antérieure est bien nette : aboulie, timidité, entêtement, phobie de la rue, et une grande obsession de la honte de soi, portant à la fois sur le corps et sur l'esprit. Que vient faire le mariage avec le garçon jardinier au milieu de tout cela ? Il est infiniment probable qu'il se rattache à tous les troubles précédents.

Forts des renseignements précédents, nous avons été plus capables de faire parler cette jeune fille, en la prenant à part et peu à peu elle a fini par tout raconter : « Que voulez-vous, nous a-t-elle dit, je fais tout à contre cœur, je n'ai de goût à rien, je fais tout mal, j'offense le bon Dieu, je ne dois pas être consolée, laissez-moi devenir ce que je pourrai.... » Nous voici encore en plein dans la honte de soi, elle avoue qu'elle n'a pas eu le courage de se retirer au couvent de la Trappe, elle ne se sentait pas une vocation suffisante. Vous voyez encore le scrupuleux qui ne va pas jusqu'au bout des actions. Elle ne savait plus que devenir, désirant le mariage et pensant qu'elle ne pouvait pas se marier avec un jeune homme de son rang, elle a cherché un mariage inférieur, et le garçon jardinier lui paraissait offrir une solution admirable au problème qu'elle se posait : « Elle se mettrait à faire la cuisine, elle se présenterait comme domestique, puisqu'elle n'était bonne qu'à cela. Pendant plusieurs mois, elle a même essayé de ne plus se laver les mains pour être plus à son niveau... » Vous n'avez plus maintenant aucun doute, ce n'est pas à proprement parler un amour. L'amour n'est ici qu'une expression de l'obsession plus profonde qui est la honte de soi. Il est

vrai que peu à peu elle prétend avoir fini par s'éprendre un peu de ce garçon, c'est possible ; mais ce n'est pas l'essentiel et le sentiment de honte reste le fait fondamental.

Il n'en est pas moins vrai qu'en présence d'un cas de ce genre le médecin est fort embarrassé : il est évident que ces fiançailles sont absurdes et qu'elles constituent un acte nettement pathologique. Il est bien difficile de laisser cette jeune fille continuer cette folie qui ne peut avoir que des conséquences désastreuses. D'autre part, comment nous y opposer sérieusement ? Ainsi qu'elle le dit, elle est majeure et va faire les sommations légales, et il n'y aurait qu'un moyen radical, c'est de la faire interner. Mais il est bien dur de prononcer l'internement contre une jeune fille de 21 ans, uniquement pour un acte de ce genre. C'est là une question très délicate : si cette jeune fille avait montré une très grande résistance, nous aurions été extrêmement embarrassés. Heureusement, et c'est d'ordinaire ce qui arrive dans les délires des scrupuleux, elle était plus convaincue en apparence qu'en réalité. Elle a fini par nous dire que, laissée à elle-même, elle n'est pas bien sûre si elle aurait le courage d'aller jusqu'au bout. Son entêtement était surtout exagéré par la résistance des parents. Nous espérons, en nous adressant à l'obsession fondamentale de la honte, modifier ces conceptions secondaires.

Nos prévisions se sont heureusement réalisées, et nous croyons être parvenus à éviter à cette jeune fille une grosse sottise. Chose singulière, nous avons été consultés en même temps pour trois cas à peu près du même genre, relatifs à des jeunes filles qui s'entêtaient à faire des mariages évidemment absurdes. Le premier cas nous a surpris en nous prenant au dépourvu, et nous avons eu tort de répondre aux parents que cette question ne nous regardait guère, et nous ne savons ce qui est arrivé. Dans le second cas, il s'agissait d'une hystérique qui avait évidemment une idée fixe délirante : elle était facilement hypnotisable et a été fort bien guérie par la suggestion. Dans le troisième cas, il s'agissait de cette scrupuleuse Byl... et les choses étaient beaucoup plus délicates. Nous avons d'abord eu un succès facile en la faisant entrer à l'hôpital, en la soignant comme une malade. Elle a été très surprise de se voir traitée, sinon en folle, au moins en malade par des gens qu'elle trouvait en apparence assez raisonnables. Le changement, l'étonnement de rencontrer de la bienveillance

l'ont secouée, et en quelques jours elle a perdu les sentiments d'incomplétude fondamentaux, elle s'est jugée plus sainement et elle a renoncé à son mariage insensé. Les parents ont eu le tort de la reprendre aussitôt et elle n'a pas tardé à avoir une rechute.

Nous avons recommencé le traitement en la traitant avec plus de sévérité, en la forçant dans des séances régulières d'exercer son attention, sa volonté, sa mémoire : un simulacre d'hypnotisme et de suggestion qui n'a jamais abouti nous a rendu service. Les progrès ont été plus lents, mais plus sûrs, elle a perdu son hésitation, sa timidité, sa honte d'elle-même, et elle a oublié plus sérieusement l'amour qui en était la conséquence. Un petit détail singulier : lorsqu'elle était déjà tout à fait bien, ses parents ont éprouvé le besoin de la mener se confesser, et l'émotion lui a causé immédiatement une jaunisse qui a d'ailleurs guéri en huit jours. C'est un des cas les plus nets d'ictère émotif que nous ayons vu. Cela indique l'extraordinaire sensibilité de son système nerveux. Il faudra bien des précautions pour qu'elle se maintienne sans rechute plus ou moins grave.

Observations 182 et 183. — **Obsession amoureuse par besoin de direction.** — *Antécédents héréditaires, désordres, excentricités, direction sévère, sentiment d'isolement.*

Si l'on veut un jour entreprendre une psychologie bien difficile, la psychologie de l'amour, il faudra connaître bien à fond nos malades scrupuleux, car ils fourniront les types de toutes les variétés de l'amour. Cette pauvre femme pleure son amant, elle est inconsolable de son départ et présente à ce propos tous les troubles de l'obsession continuelle. Vous voyez son aspect, ses costumes en désordre et de couleur voyante, son fard, ses cheveux teints. Il semble qu'elle ait une existence toute spéciale et que son regret amoureux trouve une explication toute naturelle dans son besoin d'une vie de désordre. C'est cependant là tout le contraire de la vérité.

Ce n'est pas tout à fait de la faute de la pauvre fille, si elle est excentrique et de mauvaise tenue ; son père était un grand buveur très exalté ; du côté de sa mère, l'aïeule, la grand'mère, la tante, trois cousins germains ont été aliénés. Quant à la mère elle n'était folle qu'au moment de ses règles et elle n'a été enfermée à l'asile

que trois fois. La pauvre femme a le droit d'être bizarre : dès la puberté, à quatorze ans, elle se montra complètement déséquilibrée, manie du suicide, morphinomanie, fugue, mariage absurde, abandon du mari, divorce, maison de correction, etc., etc.

Elle finit par rencontrer, à l'âge de vingt-deux ans, un individu intelligent qui la trouva jolie, s'intéressa à elle, en fit sa maîtresse à la condition qu'elle eût une tenue convenable. Il la traita d'une façon paternelle et sévère, il supprima la morphine, l'alcool, toutes les manies et tous les désordres; en un mot, il exigea la vie d'une petite bourgeoise rangée. Elle accepta tout avec délices, elle eut une conduite admirable, et se trouva la plus heureuse des femmes : « Ce sont les seules années de ma vie où j'aie pu dormir. » Voyez la suppression de l'insomnie comme des autres troubles nerveux par l'effet de la direction. Que l'on ne pense pas, comme on le soutient aujourd'hui, qu'il s'agit uniquement de phénomènes génitaux, elle avait fait avant ce moment et elle fait encore depuis le départ de l'amant tous les excès avec satisfaction complète. Au contraire, elle avait infiniment moins d'excitation sexuelle pendant cette période et elle a raison quand elle nous dit qu'elle ne tenait pas du tout à l'amant à ce point de vue et qu'elle aurait eu exactement la même santé, même sans relations sexuelles. En un mot, c'était une déséquilibrée aboulique qui se portait bien, parce qu'elle était tenue et bien dirigée, voilà tout.

Il y a deux ans, son amant l'a quittée pour se marier ; il l'a laissée à l'abri du besoin, elle s'est tenue assez tranquille pendant quelque temps par souvenir de lui, puis tous les désordres ont recommencé, l'alcool, le haschich, la morphine, l'éther, etc., toutes les débauches possibles ont de nouveau envahi sa vie. Un désordre inimaginable en est résulté, et au milieu de tout cela se développe une obsession perpétuelle du besoin de son ancien amant, un regret fou, angoissant, qui fait qu'elle l'appelle partout, sans oser cependant le rechercher. Elle ne demande qu'une chose c'est de ne plus penser à lui, elle prétend que cette pensée est la cause de toutes ses souffrances, quand en réalité l'inverse est bien plus vrai. L'obsession amoureuse a ici une forme spéciale et elle est l'expression d'un besoin de direction extrêmement fort chez une déséquilibrée, tout à fait incapable de se conduire elle-même.

La même forme d'obsession amoureuse se rencontre très fré-

quemment chez les obsédés ordinaires qui ont été soulagés ou guéris par l'influence d'une personne. Voici une femme de 40 ans, Mii..., dont nous ne dirons que deux mots. C'est une ancienne obsédée avec phobie des couteaux et obsession d'homicide à forme banale. Elle a rencontré il y a un an un individu qui a prétendu la guérir par l'hypnotisme. Il ne l'a pas hypnotisée du tout, vous savez qu'on ne parvient pas à ce phénomène chez les psychasthéniques ; il l'a remontée et l'a dirigée en exerçant son attention, il l'a presque guérie ; mais la pauvre femme ne peut plus continuer. Elle est mariée, elle n'a aucune envie de quitter son mari, d'autre part l'hypnotiseur ne veut à aucun prix se charger d'elle et n'a jamais songé à la prendre comme maîtresse. Cependant, elle sent qu'elle ne peut plus se passer de lui, elle va le voir constamment si bien qu'elle se fait renvoyer. Une obsession amoureuse toujours par besoin de direction a remplacé la précédente.

Observation 184. — **Maladie de l'isolement.** — *Obsession amoureuse, cessation de direction.*

Voici bien le cas le plus bizarre de ces besoins de direction chez ces pauvres débiles. Cette pauvre femme, Ck..., âgée de 41 ans, est en ce moment absolument affolée par toutes sortes d'obsessions hypocondriaques ; elle a des souffrances invraisemblables de tous les organes, des maux de tête, des fatigues, des maux de reins, des angoisses avec le sentiment qu'elle ne guérira jamais, des troubles du sentiment de la personnalité, elle sent la peur de perdre son moi, l'incapacité de fixer l'attention ou la volonté, le sentiment perpétuel de dédoublement, « de lutte lamentable en elle-même, de division d'un pauvre être qui se cherche », d'émotivité, d'angoisse, de manie d'indécision et d'interrogation, etc., etc. C'est une sorte d'affolement où tous les symptômes psychasthéniques se mélangent confusément et s'excitent les uns les autres. Qu'est-ce qui a déterminé un pareil désordre ?

Antécédents ordinaires, névropathe émotive aggravée par la fièvre typhoïde à vingt-trois ans, par les accouchements, par l'influenza, série d'obsessions antérieures, en particulier la crainte du suicide et la phobie des cordes. Cette femme est surtout très malheureuse depuis la mort de son mari qui l'a laissée isolée à

trente-deux ans. A l'âge de trente-cinq ans, elle rencontre dans son petit village une ancienne maîtresse qu'elle avait eue à la pension : cette femme, de dix ans plus âgée qu'elle, était une malade du même genre avec des manies de propreté et la saleté comme conséquence, très désordonnée et également très malheureuse. Ck... remarqua les manies de son ancienne maîtresse, elle lui en fit des reproches, la gronda, l'encouragea doucement, et la força à se tenir proprement.

Celle-ci, de son côté, comprit bien les faiblesses de Ck..., elle calma ses appréhensions, la força à se risquer dans les rues, supprima ses phobies. Les voici ravies l'une de l'autre : elles se dirigent et se soutiennent mutuellement, comme l'aveugle et le paralytique, et grâce à cet appui mutuel elles restent parfaitement raisonnables pendant cinq ans.

Un malheur terrible a tout perdu : une domestique renvoyée s'est permis de lancer contre ces deux vieilles femmes une accusation détestable. Leur amitié singulière qu'elle n'était pas capable de comprendre lui a paru louche et elle l'attribua à des motifs inavouables. Désespoir des deux femmes, remords, scrupules, et pour conserver leur réputation qu'elles croient sottement compromise, séparation. Vous en voyez le beau résultat. Allons, ce serait faire œuvre pie que de réconcilier ces deux pauvres femmes qui s'aidaient mutuellement dans la vie et qui sont devenues indispensables l'une à l'autre.

Observation 185. — **Obsession amoureuse.** — *Besoin de direction et besoin d'excitation.*

Les obsessions amoureuses ne semblent pas toutes relever d'une explication aussi simple que les précédentes, le besoin d'être aimé ne se confond pas toujours avec le besoin de direction. Il est nécessaire de distinguer ces nuances si l'on veut entrer dans la psychologie de l'amour et dans l'interprétation des obsessions.

Voici en effet une femme de 31 ans, Sim..., dont l'état mental serait peu clair si on se bornait à la comparer aux types précédents. C'est aussi une amoureuse folle, malade parce qu'elle a été renvoyée par son amant. Ce sont les mêmes scènes de désespoir, la même pensée perpétuellement fixée sur le même sujet,

elle croit sans cesse parler avec ce personnage, elle ne s'occupe que de lui et se désintéresse de toute la vie réelle. Elle rêve qu'elle peut se dévouer pour lui, le sauver de grands dangers, être la chose la plus infime auprès de lui. « Je voudrais être un encrier de son bureau, pour le voir, l'entendre..... »

Elle a des impulsions à retourner chez lui pour se faire renvoyer de nouveau, elle ne mange plus, elle ne dort plus et au milieu de tout ce désordre elle a conservé la conscience claire du ridicule et du danger de cette passion ; mais cette lutte augmente seulement sa souffrance. Sur tous ces points elle est absolument identique aux cas précédents.

Mais où la différence commence, c'est quand on examine sa conduite antérieure, et le genre de service qu'elle demandait à son amant. On ne peut plus dire qu'il s'agisse d'une femme toujours déséquilibrée, incapable de se conduire seule, qui a trouvé chez l'amant une direction nécessaire et qui retombe dans le désordre parce qu'elle est seule. Loin de là, c'est une femme en apparence très bien équilibrée qui travaille beaucoup, qui dirige des employés, qui est même connue comme sachant se faire obéir de tous et comme capable de mettre tout en ordre. Ces facultés de direction d'elle-même et des autres étaient parfaitement développées avant qu'elle ne connût son amant ; elles n'ont pas été modifiées pendant qu'elle le fréquentait, elles subsistent encore aujourd'hui et il est bien évident que son amant ne l'a jamais dirigée. Vous voyez donc que ce besoin angoissant de voir une personne déterminée ne semble pas répondre à la même lacune que précédemment et qu'il y a des variétés dans le besoin d'être aimé.

Avant d'étudier l'état mental de cette malade, nous voudrions dire quelques mots sur celui de sa mère à laquelle elle ressemble beaucoup. La mère de Sim... qui vient de mourir il y a peu de temps a laissé dans l'esprit de tous ceux qui l'ont connue un souvenir terrifiant. Il paraît que la pauvre dame était absolument épouvantable : elle avait la manie de l'autorité poussée jusqu'au délire, elle ne tolérait pas chez ses parents, chez son mari, chez aucune des personnes qui l'approchaient, un geste, un mot, une idée qu'elle n'aurait pas dicté.

Elle s'occupait de tout, avec une activité fiévreuse et en apparence assez raisonnable, elle voulait que tout fût organisé par elle, jusque dans les plus petits détails, et se livrait à des scènes de violence dès qu'elle sentait la moindre divergence. Elle battait

le mari et les enfants, s'ils faisaient mine de lui résister, elle insultait grossièrement tout le monde et se montrait en un mot d'un égoïsme implacable.

Mais en même temps, et c'était le côté comique de la situation, elle avait un besoin également fou d'être aimée par tout le monde et plus elle avait martyrisé les gens, plus elle aurait voulu être aimée d'eux. Si bien que le sujet ordinaire de ses conversations était toujours le même : « elle s'épuisait de fatigue, disait-elle, pour ses enfants, pour toute sa famille et n'était pas aimée en retour. » Si une personne, une de ses filles surtout, manifestait la moindre affection pour une autre personne, elle devenait jalouse et souffrait cruellement. Ce sentiment s'exerçait surtout à propos de son fils. Elle avait pour lui une passion folle qui n'était guère payée de retour. Elle lui faisait des cadeaux, le comblait de prévenances, lui faisait vraiment la cour à un tel point que ce jeune homme peu respectueux quitta la maison en disant que les façons de sa mère à son égard étaient répugnantes. Vous voyez donc déjà chez la mère un caractère très curieux, très amusant à analyser, fait d'autoritarisme avec apparence de volonté forte et de besoin d'être aimé.

Nous retrouvons chez la fille un caractère analogue, avec une légère atténuation ; elle a un souvenir si odieux du caractère de sa mère qu'elle réduit ses instincts autoritaires de peur de lui ressembler.

Il y a, chez ces personnes, un premier point que nous avons déjà analysé, c'est le caractère autoritaire : nous avons montré déjà à plusieurs reprises que la force de la volonté n'y est qu'apparente. Ce sont des gens dont les croyances, l'attention, la volonté ne peuvent subsister que dans un milieu moral spécial, caractérisé par une grande uniformité, que la contradiction fait souffrir en détruisant leur synthèse mentale si instable et si difficile à rétablir. Chez Sim... comme chez sa mère, on retrouve bien des signes de cette faiblesse de volonté, la difficulté qu'elle éprouve pour prendre goût à ce qu'elle fait, la rêvasserie perpétuelle, les manies mentales, le besoin de la perfection, les doutes, les scrupules, etc. Mais si nous comprenons leur autoritarisme, on peut se demander ce que signifie leur besoin d'être aimé : puisque ces gens-là obtiennent dans leur milieu l'uniformité morale qu'ils désirent par la violence, puisqu'en réalité ils parviennent à ce qu'ils veulent, puisque d'autre part ils ont une force

suffisante pour mettre ainsi de l'ordre dans leur vie, que demandent-ils aux autres quand ils veulent être aimés ?

Il est évident que le besoin de direction existe tout de même chez eux ; ils sont volontaires, mais avec effort ; ils maintiennent l'ordre dans leur vie en se torturant eux-mêmes et ils voudraient au moins, sur certains points, se laisser aller. Sim... depuis sa première enfance a eu une série de passions folles pour des maîtresses, des camarades et quelques-unes de ces lettres expriment assez bien ce sentiment. Permettez-nous d'en reproduire des passages à titre de document psychologique. « Aussi loin que je me souvienne, nous dit-elle, toutes les sottises ou toutes les bonnes actions que j'ai pu commettre viennent de la même cause, une aspiration à un amour parfait et idéal où je puisse me donner tout entière, confier tout mon être à un autre être, Dieu, homme ou femme, si supérieur à moi que je n'aurais plus besoin de penser à me conduire dans la vie, ni à veiller sur moi. Trouver quelqu'un qui m'aimerait assez pour se donner la peine de me faire vivre, quelqu'un à qui j'obéirais aveuglément et en toute confiance, sûre qu'il m'éviterait toute défaillance et me mènerait tout droit, très doucement et avec beaucoup d'amour, vers la perfection, qui m'élèverait avec lui toujours vers le bien et le beau où j'aspire et ne puis parvenir n'ayant pas la force d'éviter les tentations..... Combien j'envie l'amour idéal de Marie-Madeleine et de Jésus : être le disciple ardent d'un maître adoré et qui en vaut la peine ; vivre et mourir pour son idole, croire en lui sans aucun doute possible, tenir enfin la victoire définitive de l'ange sur la bête..... me tenir dans ses bras si enveloppée, si petite, si blottie sous sa protection, et tellement à lui que je n'existe plus... » N'est-il pas curieux de relever des paroles d'une telle humilité et d'une telle douceur chez des personnes horriblement exigeantes et autoritaires. On voit bien comment leurs façons autoritaires ne sont qu'un masque pour dissimuler leur faiblesse : elles seraient trop heureuses d'être toujours très douces, si tout l'univers ne pensait que pour elles : c'est malgré elles qu'elles sont méchantes. On retrouvera cette même douceur infinie chez les fanatiques religieux qui veulent être adorés de leurs victimes quand ils les brûlent. On peut donc dire qu'en partie le besoin d'être aimés que l'on constate chez ces malades a la même origine que précédemment.

Mais l'explication n'est pas suffisante, parce qu'en réalité l'a-

mant de Sim... ne remplissait pas du tout ce rôle de direction morale, ne lui donnait aucun conseil et ne dirigeait rien du tout. Il faut arriver à un autre fait très important chez ces malades. Pourquoi donc le mari de cette femme qui est très raisonnable et très énergique ne lui suffit-il pas ? C'est que ce mari a eu peu d'éducation, qu'il est peu instruit et peu brillant, qu'il lui parle peu et qu'il ne l'amuse pas : « Seule je m'ennuie, mon mari ne fait pas travailler ma tête suffisamment, il ne sait rien, il ne m'apprend rien, il ne m'étonne pas..... Je me connais moi-même, j'ai épuisé le cercle de ce que je peux penser, j'ai besoin qu'on me donne de nouvelles idées, de nouvelles impressions, d'autres émotions, mon mari n'a que du bon sens ordinaire, cela m'assomme... Un mari devrait toujours être supérieur à sa femme. » Et surtout, le mari étant très bon, très dévoué avec elle, « il ne sait pas me faire souffrir un peu. On ne peut pas aimer quelqu'un qui n'est pas capable de vous faire souffrir. »

D'autre part, qu'est-ce que l'amant a donc été pour exercer sur elle une si vive impression ? Voyez cette description toujours dans une des lettres de la malade : « C'est un homme étonnant, jamais je ne lui ai vu une minute de trouble, d'émotion, de pitié, de bonté, de laisser-aller ; toujours maître de lui, persifleur, taquin, et froid à vous faire mourir de chagrin. Avec cela un toupet, un sang-froid, une finesse d'esprit et une vivacité d'intelligence qui me faisaient perdre la tête ; il avait le talent de vous arrêter au moindre élan et de vous faire rentrer dans la gorge toute phrase un peu sentimentale, tellement que, n'importe quelle torture morale ou quelle humiliation il m'ait infligée, jamais je n'ai pu verser une larme devant lui..... » En somme son amant a étonné cette petite femme, ce qui n'était pas bien difficile ; il lui a exhibé des théories philosophiques et politiques qu'elle n'avait jamais entendues dans son milieu ; en outre, il a trouvé le moyen de la faire souffrir en la traitant avec une brutalité sans égale, elle qui était toujours habituée à tant d'égards. Enfin il faut bien ajouter quelque chose des phénomènes génitaux proprement dits que l'on veut considérer souvent comme essentiels. Et bien si on se place au point de vue de la sensation précise, cette femme reconnaît, avec regret il est vrai, qu'elle n'a jamais été satisfaite par son amant, qui n'avait aucun égard pour elle et ne se préoccupait que de lui-même. Elle avait la satisfaction bien plus complète dans son ménage. Mais il y avait autour de cette sensation bien autre chose, la peur, le

remords, une émotion intense qui lui serrait la gorge et qui rendait la chose beaucoup plus pimentée qu'avec son mari. « Surtout je n'avais pas ce sentiment si pénible de prévoir exactement le geste qui va arriver à chaque moment. » Ce qu'il y avait de plus important dans l'amour n'était pas l'amour, mais des émotions et surtout la nouveauté.

En un mot, quelle différence y a-t-il entre le mari et l'amant ? Le mari n'apportait pas d'idées nouvelles, pas plus que de gestes nouveaux, il n'étonnait pas, ne faisait pas souffrir, n'émotionnait pas. L'amant était nouveau dans ses actes et dans ses idées, il étonnait, il émotionnait et il faisait souffrir. Tout cela peut se résumer par le terme d'*excitation*. Ce que l'amant apportait c'était une excitation violente qui ne tenait pas uniquement à l'acte sexuel mais à tout un ensemble de phénomènes physiques et moraux.

L'excitation est un phénomène essentiel chez les abouliques : ces malades se sentent toujours déprimés et ils souffrent de cette dépression. Sans doute ils arrivent à se rendre la vie tolérable en étant autoritaires, en rendant homogène le milieu où ils doivent vivre, en se faisant diriger ; mais ils restent malheureux, parce qu'ils ne peuvent pas relever leur niveau mental jusqu'à obtenir la jouissance du présent, ce qui est le seul remède de l'ennui. Ils ne savent pas se tendre eux-mêmes, et alors ils cherchent cette tension de tous côtés ; s'ils la trouvent dans l'alcool ou dans la morphine, ils seront alcooliques ou morphinomanes, s'ils la trouvent dans l'amour divin et dans l'émotion religieuse, ils auront un délire mystique, mais s'ils trouvent dans une personne humaine cette cause d'excitation ils seront amoureux et quand cette personne les abandonnera, ils auront les mêmes désordres qu'un morphinomane privé de piqûre, et l'obsession amoureuse ne tardera pas à se constituer.

Cela est tellement vrai que cette femme a déjà passé par plusieurs tentatives de ce genre, elle a eu de l'exaltation religieuse, et retrouvait dans la communion la même excitation qu'elle a cherchée ensuite dans les rapports avec son amant. Sa mère qui était identique, vous le voyez, a eu des passions folles pour la littérature, et s'excitait par la poésie. Celle-ci a déjà eu les mêmes passions pour le travail, c'est maintenant le même phénomène qui s'est passé quand elle a cédé à ce personnage. Nous croyons que notre interprétation est plus large et plus réelle que celle qui, dans une pareille aventure, rattacherait tous les phénomènes à des troubles du besoin sexuel.

Observations 186 et 187. — **Obsession amoureuse.** — *Besoin d'excitation, besoin de direction.*

La plupart des cas d'obsession amoureuse rentrent dans l'une ou dans l'autre des interprétations précédentes. Cette femme de 39 ans, Tkm..., est une type de besoin d'excitation. Elle a eu pendant cinq ans pour amant, un littérateur assez intéressant qui l'a associée à ses travaux. « Il avait, dit-elle, une vie si riche et il était si tyrannique, je ne pouvais m'occuper que de lui et je ne pouvais penser à autre chose. » Depuis qu'elle s'est trouvée délaissée, elle n'a plus d'intérêt dans la vie et se laisse aller à une dépression énorme qui amène les angoissses et les scrupules.

Inversement voyez l'observation de cet homme de 31 ans, Bs..., affolé, présentant la plus grande agitation motrice avec des angoisses, essayant le suicide, parce qu'il est renvoyé par sa maîtresse. Il cherchait bien auprès d'elle un peu d'excitation, c'est un scrupuleux génital qui n'a pu pratiquer à peu près l'acte génital qu'avec cette femme. Mais il le pratiquait fort rarement, et ce n'est pas là ce qui lui manque le plus. Cette femme l'a forcé à travailler, lui a fait apprendre un métier, lui a fait faire des œuvres intéressantes : elle l'a retiré de la nullité où le maintenait son aboulie. Il retombe dans l'inertie, dès qu'il se trouve abandonné à lui-même.

Vous voyez que les deux besoins se confondent dans certaines observations, c'est que la direction de la volonté et l'excitation de l'activité mentale sont deux choses très voisines qui se présentent souvent ensemble.

Observation 188. — **Obsession d'être une enfant.** — *Agitations motrices, angoisses, besoin d'être aimée.*

Voici une bien singulière obsession qui paraît amusante, ce n'est pas cependant une simple curiosité, elle nous montre bien comment se forment ces idées obsédantes, comment elles prennent pour point de départ certains sentiments anormaux qui caractérisent l'état mental des scrupuleux.

Cette femme de 32 ans, Qi..., a une attitude tout à fait caractéristique : elle est extrêmement gênée et ne sait comment se tenir, elle parle à peine et pour nous parler, elle tient les yeux fermés. De temps en temps elle éclate de rire, c'est probablement tout ce que vous pourrez voir de son état, car nous n'espérons pas qu'elle se décide à expliquer devant vous ce qui la préoccupe le plus. Il nous a fallu beaucoup de peine et de patience pour le lui faire avouer quand nous étions seuls avec elle.

Elle a toutes sortes de troubles nerveux, des crises d'angoisse, où elle perd la respiration, des rires, des pleurs, des agitations qui la poussent à marcher indéfiniment ou à courir. Certaines de ces agitations sont singulières et ne ressemblent pas tout à fait aux mouvements incoordonnés qui existent d'ordinaire dans l'angoisse.

Elle saute, elle danse, elle rit aux éclats, elle aime à se dépeigner et à faire flotter ses cheveux sur ses épaules, elle coupe ses cheveux pour les rendre plus courts. En un mot, elle joue absolument comme une enfant. C'est là la grosse histoire : cette femme de 32 ans est obsédée par l'idée qu'elle est une petite fille de dix à douze ans. Elle sait bien que cette idée n'est pas juste, elle la trouve ridicule ; aussi se cache-t-elle la figure dans les mains pendant que nous en parlons, aussi fait-elle tous ses efforts pour la dissimuler devant certaines personnes. Quand elle se trouve en particulier avec ses beaux-parents, elle se tient raide et guindée, elle serre les lèvres pour ne pas rire. Mais quand elle peut un peu se laisser aller seule, devant son mari ou surtout avec son petit garçon, elle veut sauter à la corde, jouer à cache-cache, faire des niches, et cela la rend si contente, si agitée. D'ordinaire, son attitude est une sorte de moyenne entre les deux tendances, elle exprime cette lutte entre les deux sentiments ou mieux entre les deux âges. De là ces rires, ces yeux fermés, ces grimaces, cette gêne de tous les mouvements que nous avions tant de peine à comprendre, de là aussi cette souffrance qui vous est bien connue et qui résulte toujours de la lutte contre une idée obsédante.

Quelle singulière idée, direz-vous, comment cette femme lourde, et en somme d'un âge déjà sérieux, une mère de famille, arrive-t-elle à se tourmenter de ce désir fou d'être un enfant de dix ans ? Au premier abord vous avez envie de dire que c'est là un hasard quelconque, une circonstance agissant comme une suggestion qui lui a mis en tête cette idée baroque. Comme nous étudions

depuis longtemps un grand nombre de psychasthéniques obsédés, nous faisons une autre remarque : cette idée est rare en tant qu'obsession, c'est la première fois que nous la voyons devenir franchement maladive et gênante mais elle est très fréquente, sous forme de sentiment vague, dans l'esprit de beaucoup de nos scrupuleux. Ils nous disent bien souvent qu'ils ne se sentent pas vieillir ou qu'ils ne veulent pas vieillir, qu'ils seraient heureux de rester petits enfants, qu'il faut les considérer comme tels, qu'ils sont encore enfants par bien des côtés. Nous avons vu que tous les sentiments des scrupuleux, sentiment d'automatisme, de fatalité, de devoir, de gêne, d'amour de l'indépendance, de remords, etc., peuvent chez tel ou tel sujet s'exagérer et devenir une obsession. C'est ce qui est arrivé chez cette femme pour ce sentiment banal d'enfantillage.

Mais il faut remonter plus haut ; pourquoi ont-ils tous ce sentiment ridicule ? Elle nous le dit très bien. « Je voudrais qu'on me trouve gentille, j'ai peur d'être laide comme un pou, je voudrais qu'on me câline, qu'on me caresse, je voudrais tant qu'on m'aime. On ne m'aime pas bien, voilà mon malheur, je ne suis jamais sûre qu'on m'aime bien. Il faudrait non seulement m'aimer bien, mais surtout bien me le dire, me le dire tout le temps et bien me faire sentir que c'est vrai. » Nous voilà ramenés à un sentiment que nous connaissons depuis plus longtemps, le besoin d'être aimé qui produit, vous le savez, les grandes obsessions amoureuses. Il a eu ici une conséquence plus drôle, il a produit l'obsession d'être petit enfant pour être aimé et câliné comme un petit enfant.

Il est facile de remonter plus haut, mais ici nous n'insistons pas car c'est une analyse que nous avons faite vingt fois. Le besoin d'être aimé se rattache chez les scrupuleux à trois origines : 1° à la peur de la lutte, ils désirent ne pas avoir d'ennemis contre lesquels il faudrait faire effort, ils veulent être dans un milieu sympathique : vous rappelez-vous cette pauvre femme qui préférait mourir plutôt que d'être mal avec son concierge. 2° Ce sentiment se rattache au besoin d'être dirigé : ils veulent qu'on s'occupe d'eux perpétuellement, qu'on leur indique tout ce qu'il faut faire. Cette brave dame souffre horriblement de la solitude ; quand elle marche toute seule, elle titube, elle en oublie son chemin : « je marche dans le vague, il me semble que je n'ai plus d'idées, je sens que tout devient drôle, » sentiment, vous le devinez, qui peut être souvent le point de départ d'agoraphobie. 3° Ce

besoin d'être aimé a aussi comme point de départ le besoin d'être excité. Ces gens qui ont une dépression perpétuelle, en souffrent et ils ont besoin d'être perpétuellement excités au delà de leur tension habituelle. De là, des manies de l'alcool, des manies de l'excitation génitale, etc., et quand certaines personnes leur procurent cette excitation physique ou morale ils s'y attachent désespérément. Chez cette malade, ce sont les deux dernières causes qui ont agi le plus, elle trouve que son mari est trop sérieux, qu'il est toujours absent. « Il lit son journal le soir, il ne la fait pas jouer, il ne l'amuse pas», autrement dit, il ne l'excite pas, il ne la remonte pas. De là ce besoin d'être plus dirigée, plus excitée, d'être aimée par quelqu'un.

Au delà que trouverons-nous? l'inquiétude, qui a commencé dès l'enfance, quand elle s'effrayait de la sainte vierge et du diable. Le défaut de croyance ferme, elle ne sait pas si elle croit ou non à la religion, elle hésite ; la timidité qui la rendait malade dès qu'il fallait parler à quelqu'un ; le défaut de volonté, d'attention, la rêverie sur le passé, etc...

Nous ne pouvons avoir aucun renseignement net sur les antécédents héréditaires, mais comme nous voyons qu'il n'y a aucune maladie capable d'expliquer cet état psychasthénique, comme cet état a débuté dès l'enfance, il est probable qu'il est héréditaire. C'est un trouble du caractère qui en évoluant dans certaines périodes de dépression arrive à déterminer l'obsession. Ce que l'on peut faire de mieux pour elle, c'est de la rassurer et de lui donner, pour un moment au moins, une illusion de la sympathie.

CHAPITRE III

LES OBSESSIONS DU CRIME

Une des pensées les plus fréquentes chez les psychasthéniques, c'est la pensée du crime. Il faut bien remarquer que dans cette maladie il ne s'agit pas du crime d'autrui qui serait dirigé contre le sujet, comme cela arrive constamment dans le délire de persécution. Il s'agit presque toujours de crimes commis par le sujet lui-même, ce sont en somme des pensées d'auto-accusation. Ces pensées se présentent sous deux formes principales, tantôt le malade se sent poussé à commettre des crimes, tantôt il se demande s'il n'en a pas commis dans le passé : c'est *l'obsession à forme d'impulsion* ou *l'obsession à forme de remords*. Dans tous les cas, il est important de remarquer le rapport étroit qui unit ces obsessions criminelles aux sentiments d'humilité, de honte, d'incomplétudes qui caractérisent les psychasthéniques.

PREMIÈRE SECTION

LES OBSESSIONS DU CRIME A FORME D'IMPULSION

Observation 189. — **Impulsion aux voyages et impulsion au vol.** — *Fugues, diagnostic des fugues, impulsion consciente sans amnésie, aboulie, fuite de l'école.*

Vous savez, d'après nos cours de ces dernières années, que nous nous intéressons beaucoup au phénomène des fugues chez les névropathes. Sans doute, ce n'est là qu'une forme de l'idée fixe impulsive parmi tant d'autres, mais c'est une forme qui nous paraît particulièrement instructive. L'idée s'exprime, s'exécute

bien complètement, l'exécution est lente, par conséquent susceptible d'être suivie dans ses détails. Il n'y a pas d'ordinaire de grosses émotions de délires qui mettent du désordre dans l'expression des idées et des sentiments. Ce sont donc des cas tout à fait spéciaux pour l'étude et nous ne manquons pas une occasion de vous signaler leurs diverses variétés. Il s'agit encore de fugues chez ce jeune garçon, mais elles ne sont pas tout à fait semblables à celles que nous vous avons déjà décrites et méritent de nous arrêter un peu.

Voici un petit bonhomme de quinze ans, Go..., qui a l'air un peu débile, mais qui, au fond, n'a pas l'air absolument d'un mauvais garnement. Depuis deux ans, il s'est sauvé de chez lui plus d'une douzaine de fois. Il a fait différents voyages d'une durée variable. D'abord, de quelques journées seulement, puis de plusieurs semaines. Ce qui est plus grave encore, c'est qu'il a emporté dans ses expéditions de l'argent qu'il avait volé avant de partir, d'abord, les petites sommes contenues dans le porte-monnaie de sa sœur, puis le montant des factures qu'on l'avait envoyé toucher, une fois 68 francs, l'autre fois 304 francs. Voilà la fugue qui se complique et le premier sentiment c'est de dire que le cas relève de la police correctionnelle plus que de la clinique. Cela a été aussi au début de notre opinion et nous partagions l'avis des parents qui voulaient placer ce jeune voleur quelque temps dans une sorte de pénitencier. Cependant en étudiant un peu plus les détails de ses fugues, nous ne pouvons nous empêcher d'être frappé de leur bizarrerie, de leur absurdité et, sans être tout à fait convaincus, nous avons un peu pitié de ce pauvre diable.

Comment examiner les fugues ? Dans beaucoup de cas, nous avons éprouvé une grande difficulté, c'est que le malade présentait l'oubli complet de son expédition. Cela même constituait un caractère essentiel des fugues hystériques. Ici, nous ne trouvons pas ce premier caractère : notre jeune homme, quand il rentre, la tête basse, raconte à peu près son expédition, il paraît en avoir conservé un souvenir très suffisant, les souvenirs d'ailleurs ont été contrôlés avec grand soin par sa famille qui a cherché à se rendre compte de l'emploi du temps et de l'emploi de l'argent, et ses récits ont toujours été trouvés exacts. C'est donc, d'après ses récits et ces vérifications, que nous pouvons voir comment les choses se passent.

Au début, à l'âge de 13 ans, il habitait à Chantilly. Sans rime

ni raison, il partait seul, sans argent, parfois en chaussons et nu-tête, il restait sans manger un ou deux jours et marchait indéfiniment sur la route de Paris. Enfin, à bout de ressources il venait demander asile à une parente à la Garenne-Colombes ou bien rentrait aux environs de sa maison, se blottir dans quelque coin. De ces premières fugues, il n'avait du reste qu'un souvenir très vague : «J'ai marché droit devant moi sur la route de Paris, je suis rentré parce que j'avais trop faim. » Il ne retrouvait qu'avec peine quelques détails. D'ailleurs, il ne demandait qu'à ne pas s'en préoccuper. Il a bien fait cela une quinzaine de fois ; plus tard, un an après, il prenait avant de partir le porte-monnaie de sa sœur, ou même l'argent de la caisse. Mais que faisait-il de cet argent, puisqu'il a eu quelquefois en volant ses patrons des sommes assez considérables, une fois 300 francs ? Il est étrange de voir qu'il ne se procure avec cet argent aucun plaisir, il ne dépense rien pour son agrément, c'est à peine s'il se nourrit. Dans une journée voici ses dépenses pour la nourriture : pain 0 fr. 20, chocolat 0 fr. 20, bière 0 fr. 30 et il vit un jour avec cela.

Une autre journée il se paie un repas de 2 fr. 10, le troisième il n'a que du pain et du chocolat pour 0 fr. 20 et pour 0 fr. 15 de la bière. Ce n'est pas une vie luxueuse et d'ailleurs le pauvre diable rentre toujours exténué et mourant de faim. Il n'achète rien d'autre. Mais alors que fait-il de son argent? Il s'en sert pour payer la diligence et le chemin de fer, car il est constamment en route. Dans une fugue, il va de Chantilly à Creil, il descend un instant seulement pour reprendre un billet de Creil à Amiens, puis d'Amiens à Arras, d'Arras à Lille, de Lille à Douai, à Armentières et il finit par échouer chez des amis près de Douai. Quand on le rencontre au milieu de sa route et qu'on veut le faire rentrer il s'échappe et continue à voyager tant qu'il lui reste quelques sous. Ces personnes de Douai ont voulu le faire rentrer et l'ont mis dans le train à Orchies. Il descend en route et reprend un train en sens inverse pour Calais. Une fois à bout de ressources, il rentre chez lui la nuit, vole le porte-monnaie de son père et reprend un chemin de fer jusqu'à Douai ou une autre fois jusqu'à Belfort. En un mot, ces fuites ne paraissent lui rapporter aucune satisfaction, tout son argent passe en circulation indéfinie; c'est déjà bien bizarre.

En outre, ce garçon semble extrêmement malheureux de ses mésaventures. On surprend de lui, à la fin d'une de ses fugues, la

lettre suivante écrite à une parente : « Je suis encore parti ; vous dire pourquoi, je ne le sais pas, c'est quelque chose de supérieur à ma volonté qui me guide », et il demande humblement conseil. « Faut-il rentrer chez ses parents qui vont le mettre dans un pénitencier ou faut-il s'engager directement comme mousse ? »

Enfin une dernière remarque qui ne repose il est vrai que sur ses paroles, c'est l'état subjectif dans lequel il se trouve pendant ses voyages. Il ne s'amuse de rien, il ne regarde même pas le paysage par les portières. Il est mal à son aise, il éprouve un sentiment de froid et cherche tout le temps à se réchauffer.

Ces faits, quoique évidemment peu précis ont frappé tous ceux qui l'ont connu et les directeurs des maisons pénitencières auxquels on l'a adressé sont les premiers à nous le renvoyer en disant qu'ils ne peuvent croire à la responsabilité entière de ce jeune malheureux. Nous sommes de leur avis. Etant donné ce que nous savons déjà des fugues, nous en retrouvons ici les caractères, il est vrai, incomplets : impulsion absurbe, sans rapport avec le reste de la vie, s'exécutant en elle-même assez correctement, dans un état d'esprit assez confus, sans que le malade puisse penser à autre chose qu'à la fugue qu'il exécute, souvenir persistant il est vrai mais probablement très incomplet. Ce n'est pas la fugue hystérique typique, c'est l'impulsion réduite chez ces malades obsédés que nous avons appelés des psychasthéniques.

Peut-on remonter à l'origine ? Celle-ci semble bien banale. C'est tout simplement la haine de l'étude ; ce pauvre diable ne pouvait rien apprendre à l'école. Il est même probable que les efforts d'attention lui étaient particulièrement pénibles, comme ils le sont encore aujourd'hui. Au début, ses fugues consistaient à se sauver de l'école tout simplement. Plus tard, il a continué quoiqu'il ne sache plus pourquoi il se sauve. On l'a retiré de l'école, il fait le métier qu'il a choisi, mais l'ancienne habitude reprend sous forme d'impulsion irrésistible. C'est que c'est évidemment un faible, un débile quoique nous ne trouvions pas d'antécédents héréditaires. C'est un enfant qui n'est intelligent qu'en apparence. Il ne peut suivre une idée, il passe sans cesse d'un sujet à l'autre ; il est totalement dénué d'attention. Ces esprits ne résistent à aucune impulsion, à aucune habitude. Il faudrait trouver pour lui une maison d'éducation qui ne fût pas précisément un pénitencier, où on le soumît à quelque occupation réglée. En même temps on empêcherait toute fuite pendant quelques an-

nées. L'attention se développerait et l'habitude impulsive se perdrait.

Observation 190. — **Impulsion au vol.** — *Exagération des instincts, manie du vol chez des animaux, manie du vol chez une enfant de sept ans.*

A propos de plusieurs malades, nous avons eu l'occasion de vous parler des instincts naturels exagérés qui deviennent pathologiques par défaut d'équilibre. Cette supposition vous a paru un peu aventureuse quand il s'agissait d'un adulte, chez qui mille causes, des suggestions, des habitudes, peuvent développer l'idée fixe sans qu'on ait besoin de recourir à l'instinct. L'hypothèse devient beaucoup plus intéressante quand il s'agit d'enfants très jeunes. Voici à ce propos un cas très curieux que nous n'avons pas d'ailleurs la prétention de bien comprendre.

Voyez cette gentille petite fille de sept ans, Han... N'est-ce pas bien dommage qu'elle manifeste une habitude bizarre qui nous fait penser, malgré nous, à une perversion de l'intelligence.

Depuis quelques mois, on s'est aperçu dans sa maison qu'une foule de petits objets disparaissaient mystérieusement : des clés, des anneaux, des peignes, des brosses à dents, etc. Une enquête a prouvé que c'était elle la seule voleuse. On a retrouvé de ces objets qu'elle cachait dans des petits coins. Pour beaucoup d'autres, il a été impossible de les retrouver. Naturellement, on interroge l'enfant, on la gronde ; on remarque alors qu'à ce moment sa figure change complètement. Vous voyez qu'elle est jolie, qu'elle a l'air éveillé, chez elle, elle joue et elle bavarde tout le temps. Quand on parle des objets disparus la figure devient abrutie, les yeux grand ouverts restent fixes et il n'y a plus moyen d'en tirer un mot. Elle répond toujours que c'est elle qui a pris les objets, que cela elle le sait bien ; mais après, si on lui demande pourquoi, où elle les a mis, c'est le mutisme le plus complet, ou bien elle répond : « je ne sais pas », et cela avec un air si abruti que toutes les personnes de la famille ont eu une impression que ce n'était pas une méchanceté normale.

En y mettant une patience énorme, en l'interrogeant à part, avec beaucoup de douceur, nous sommes arrivés à ce qu'elle se confie un peu plus. Elle a pleuré et a dit que ce n'était pas de

sa faute, qu'elle était heureuse d'entasser les objets dans une belle cachette mais qu'elle oubliait où elle était.

Pour compléter le cas, n'oublions pas de vous dire que l'accident présenté par cette enfant n'est malheureusement pas nouveau et qu'elle a traversé une période tout à fait semblable, à l'âge de 3 ans juste, volant pour les cacher, des dés à coudre, des ciseaux, des crayons. Cela avait paru passer, puis cela recommence maintenant à l'âge de sept ans.

En écoutant cette histoire, vous ne pouvez vous empêcher de songer que cette enfant ressemble tout à fait à certains animaux, aux pies qui volent les objets brillants pour les amasser, au hamsters qui remplit ses galeries de provisions amassées de tous côtés. Elle se conduit comme les animaux qui ont des instincts de voler, d'amasser, de faire des provisions. La comparaison nous vient à l'esprit parce que nous lisions dernièrement une étude remarquable d'un psychologue américain, M. W. James, sur les instincts des hommes. Il soutenait, ce qui est très vrai, qu'on ne donne pas à l'instinct une place suffisante dans la vie humaine et il prétend qu'un de nos instincts les plus curieux, qui nous vient de l'animal d'ailleurs, est l'instinct de faire des provisions. De cet instinct, il tirait non seulement l'idée de propriété, mais la manie de la collection qui existe chez tous les enfants et qui plus tard joue un certain rôle dans l'esprit scientifique. Quoi qu'il en soit de ces théories, l'instinct de la collection est certainement l'un des plus curieux chez l'animal et chez l'homme. N'y a-t-il pas, chez cette enfant, un déséquilibre analogue à celui qui existe chez certains idiots avec développement excessif d'un instinct qui devient tout puissant et irraisonné.

Ce qui nous surprend cependant, c'est que l'enfant est intelligente, bien élevée, parlant deux langues, apprenant tout ce qu'elle veut. Espérons qu'il ne s'agit que d'une petite impulsion accidentelle et non d'un état d'imbécillité. Nous avons surtout demandé aux parents de la bien observer et de voir un peu son état quand elle accomplit ses vols. Peut-être aurons-nous plus tard plus de renseignements à vous communiquer.

Observation 191. — **La folie morale.** — *Impulsion à mentir, à voler, etc.*

L'observation de cette jeune fille nous présente l'occasion de

vous dire quelques mots d'un problème médical assez curieux, qui a fait autrefois beaucoup de bruit et qui est un peu délaissé aujourd'hui, quoique non résolu.

Cette jeune fille, Sol..., qui a 16 ans et demi, est-elle une malade au sens ordinaire du mot ? Est-il légitime de vous la présenter ? Elle n'a, il faut se hâter de le dire, aucun trouble apparent ni du mouvement, ni de la sensibilité ; nous insistons sur ce point, qu'elle n'a pas l'ombre d'un stigmate d'hystérie. Elle n'a pas de troubles de l'intelligence, du moins si on entend par là la perception, la mémoire, le langage sous leur forme élémentaire. Elle n'a pas d'idées fixes, ne délire en aucune manière et peut causer avec nous très raisonnablement. En un mot, elle n'a rien du tout de pathologique.

Voyez cependant ce qui se passe dans cette famille. On s'est aperçu qu'elle volait de l'argent à ses parents ; cet argent elle prétend l'employer à acheter des cadeaux à ses amies, en réalité, on ne sait où il passe. C'est qu'en effet, elle ment continuellement de la façon la plus invraisemblable. Elle a un aplomb extraordinaire qui trompe tout le monde et elle en profite pour raconter des choses inouïes. Dans ses récits elle cherche à faire le plus grand tort à ses parents, à sa mère surtout ; ainsi, elle va expliquer partout que sa mère a un amant, que cette mère la livre elle-même à des hommes qui la violent, que ceux-ci lui ont donné une maladie vénérienne et qu'elle est allée se faire visiter par un médecin, etc., puis elle invente que son père a fait des banqueroutes frauduleuses. Elle raconte cela de tous les côtés, dans les ateliers où on essaye de la faire travailler. Nous disons : « On essaye », car jusqu'à présent on n'a pas réussi à lui faire faire quelque chose. On la renvoie de tous les ateliers comme paresseuse, insubordonnée et mettant le désordre partout. Jusqu'à présent, elle semble ne pas avoir eu une mauvaise conduite au point de vue génital, car elle est jeune et très surveillée ; mais elle cherche à faire des attouchements à son petit frère et il est bien probable qu'elle a de mauvaises habitudes. En résumé, paresse incurable, refus de travail, mensonges à un degré invraisemblable, surtout mensonges calomnieux, dépravation et vol.

Que pensez-vous de tout cela ? Est-ce absolument naturel ? Le médecin doit-il s'en désintéresser et la renvoyer au moraliste ? La famille est parfaitement convenable, son petit frère, élevé dans le même milieu, est très raisonnable. Ce ne sont ni les exemples,

ni l'éducation qui lui ont manqué. Il faudrait admettre que c'est par un acte de liberté pure que cette fillette, seule de la famille, se laisse aller à tous ces désordres : nous ne croyons plus à une liberté semblable. D'ailleurs la petite paraît désolée de toutes ces sottises ; elle les regrette autant qu'elle le peut, il ne semble pas qu'il y ait là choix bien prémédité, il est bien plus vraisemblable qu'il y a là un désordre mental. Les progrès de la clinique psychiatrique nous ont tout justement conduits à ne plus admettre l'entière responsabilité des enfants de ce genre.

Quel est le genre de troubles qu'elle présente ? Un grand nombre d'aliénistes ont cru nécessaire d'inventer pour ces cas une catégorie spéciale. Griesinger, en Allemagne, inventait pour eux le nom de folie morale. Il y a toute une littérature sur cette folie morale ; nous vous signalerons le travail de Brierre de Boismont, 1869, les leçons de Krafft-Ebbing, 1871, (Moral Wahnsinn), Mendel (die Moralische Wahnsinn, 1876), Reimer (Moralisches Irresein, 1878), Dagonnet (Folie morale, 1878), Savage (Moral insanity, 1881), Verga (Follia Morale, 1881), Hollander (Moral insanity, 1882), Hughes (A Case of moral insanity, 1882), Wright et surtout Maudsley (le Crime et la Folie), Motet (la Folie morale, 1883), puis toute l'école des criminologistes italiens : Lombroso, Garofalo, Ferri, Livi (Folie morale), etc. Les travaux qui ont le même titre deviennent plus rares dans ces dernières années, mais vous le voyez, il y a toute une époque, de 1860 à 1883, où un très grand nombre d'auteurs en France, en Allemagne et en Italie, adoptent pour désigner un groupe de malades la même expression de folie morale.

Qu'entendent-ils par là ? C'est que la moralité suppose le développement de certains instincts qui peuvent être lésés isolément tandis que le reste de l'intelligence demeure intact. Nous avons de la peine à adopter aujourd'hui cette interprétation. Il n'y a pas une faculté morale particulière susceptible d'avoir des maladies. Il est bien plus juste de supposer chez ces sujets des maladies banales des autres fonctions psychologiques et d'attribuer aux circonstances la forme que prennent ces troubles. A notre avis on pourra trouver des hystériques, des scrupuleux, des épileptiques qui prendront l'apparence des fous moraux. Il suffit que les circonstances dirigent dans le sens du désordre moral leur extrême suggestibilité.

En somme, cette jeune fille n'est normale qu'en apparence. Si elle

ne travaille pas, ce n'est pas uniquement par paresse, c'est qu'elle ne peut aucunement fixer l'attention. Si elle ment, ce n'est pas tout à fait qu'elle le fait exprès, en voici une preuve : sa mère a découvert un journal de jeune fille où elle raconte pour elle-même les événements de sa vie et qu'elle voulait tenir secret. Ce journal personnel est rempli de mensonges abominables. Est-ce qu'elle veut donc se mentir à elle-même et quel en sera le bénéfice ? La vérité c'est qu'elle rêve et qu'elle est en plein dans le romanesque. Ce qui dirige ses rêves, c'est, d'un côté, une vanité extravagante et, de l'autre, l'imitation. Une camarade à l'atelier a dû être visitée par un médecin, il lui semble beau d'être dans le même cas, de là toute une rêverie sur sa mère qui l'a livrée, etc. La plupart de ces vols, au moins ceux qu'on a pu connaître, ont réellement pour but de faire des cadeaux, à tort et à travers.

En un mot, tous ces désordres moraux résultent de lacunes dans les facultés de la volonté et de l'attention, d'un état permanent de rêverie et de suggestibilité. Cet état se retrouve dans différentes maladies. Il se peut qu'il s'agisse ici d'un début d'hystérie quoique les symptômes physiques ne soient pas encore accentués, mais il est bien probable que la maladie se caractérisera plus tard.

En un mot, nous profitons de l'occasion pour vous faire remarquer que le plus souvent la folie morale n'est pas une entité. Il nous semble vraisemblable que les cas de ce genre se rattachent à des classes connues : les imbéciles, les psychasthéniques, les épileptiques ou les hystériques.

Observation 192. — **Dipsomanie.** — *État alcoolique, conscience du danger, désir de la guérison, crises de dipsomanie, intermédiaires entre l'ivrognerie et la dipsomanie.*

Si nous présentons ce pauvre homme, ce n'est pas parce que son cas a le mérite de la rareté, il est au contraire d'une triste banalité, c'est parce qu'il nous suggère quelques réflexions intéressantes.

Ce pauvre homme vient déjà régulièrement depuis six semaines, se plaindre tout simplement de boire trop chez le marchand de vins. En effet, l'abus des boissons alcooliques détermine chez lui certains troubles trop faciles à diagnostiquer, une gastrite avec

brûlure très douloureuse à l'estomac, de la pituite le matin, des états congestifs de la face, du pharynx, même des bronches, puis des troubles nerveux, tremblement généralisé, trouble encore passager dans le mouvement des membres inférieurs qui devenaient tantôt douloureux, tantôt « comme morts », des troubles du sommeil, des cauchemars, etc. En un mot, il est facile de constater un état d'alcoolisme déjà assez avancé, qui ne tarderait pas à déterminer des accidents. Déjà la mémoire et l'intelligence ont considérablement baissé, déjà le mouvement des membres inférieurs est gêné, les accidents du côté du système nerveux sont évidemment à redouter, sans compter les troubles de la digestion.

Tous ces troubles s'expliquent d'ailleurs facilement par l'habitude de ce brave homme d'aller absorber trois ou quatre litres de vin en dehors des repas, sans compter bien entendu les petites gouttes diverses aux repas ou ailleurs. Ce malade prétend user peu de l'alcool, mais boire surtout du vin, une chopine à la fois et continuer jusqu'à une demi-ivresse tous les jours.

Puisqu'il vient consulter lui-même, qu'il connaît très bien ses symptômes, leur signification, leur pronostic, qu'il est même plutôt disposé à l'exagérer, puisqu'il sait très bien la cause des accidents et les rattache lui-même à tous ces litres de vin plus ou moins alcoolisés, bus en dehors des repas, il n'y a qu'à lui donner un conseil bien simple, celui de cesser de boire et l'état alcoolique, heureusement encore bénin, disparaîtra probablement très facilement : c'est là une consultation qui ne semble pas difficile.

Malheureusement, le malade nous répond qu'il connaît très bien ce conseil, qu'il le trouve excellent, qu'il juge nécessaire de le suivre, mais qu'il n'en peut rien faire parce qu'il n'a pas la force de résister à sa passion.

« Le malade : J'ai beau me faire à moi-même toutes les menaces possibles : si tu bois tu vas être ivre devant le patron, tu seras renvoyé dans la misère avec ta famille, tu vas perdre ta santé, être paralysé des deux jambes, devenir fou à Sainte-Anne, tu vas te damner, aller en enfer tout de suite. Eh bien, en me disant tout cela, j'entre dans le cabaret. Et tenez en vous quittant je vais y aller. »

En racontant cela il exprime un désespoir curieux, qui paraît sincère. Il est épouvanté de sa situation ; il en a très peur et il semble bien être impuissant à s'arrêter. D'ailleurs quelque chose

prouve sa bonne volonté : c'est qu'il fait de véritables efforts pour se faire guérir. Il a entendu parler, comme tout le monde, de ce fameux sérum anti-alcoolique qu'on obtient en rendant des chevaux alcooliques et en prenant leur sérum. Il a été se faire piquer et il n'a renoncé au traitement que parce qu'il a constaté son peu d'efficacité. Il est donc vrai qu'il veut ne pas boire et que cependant il s'alcoolise tous les jours de plus en plus.

Cet état est en lui-même assez curieux. Nous connaissons bien une maladie classique où le malade boit d'une manière que l'on qualifie d'involontaire : c'est la dipsomanie. Mais il est admis que cette maladie se présente par crises pendant lesquelles le malade boit d'une façon solitaire, avec une sorte d'inconscience jusqu'à ce qu'il tombe abruti et qu'ensuite il est sobre pendant quelque temps. Un de nos malades disait à ce propos qu'il faisait ses neuvaines. Celui-ci présente bien l'un des caractères de la dipsomanie, c'est qu'il boit seul, sans gaieté. Il refuse toujours d'accompagner des camarades, mais l'instant suivant il s'en va seul à un autre cabaret. Il boit d'une façon abrutie en se rendant mal compte de ce qu'il fait ou bien en se gourmandant et en se faisant des menaces. Mais, d'autre part, un autre caractère manque tout à fait : il ne boit pas par crises, il boit continuement depuis l'âge de 23 ans jusqu'à maintenant. Ce seul caractère suffit d'ordinaire pour faire de lui un simple ivrogne et non un dipsomane d'après les classifications habituelles.

Nous serions moins rigoureux : il y a beaucoup d'exagération théorique dans les enseignements classiques sur les obsessions et les impulsions. Il est admis, par exemple, que les obsessions, celles du scrupule par exemple, se présentent par crises, avec des intervalles de rémission et cependant l'une de nos malades n'a jamais changé d'état pendant douze ans.

Un phénomène n'en reste pas moins une impulsion automatique parce qu'il est continu et régulier. En réalité, il y a d'innombrables intermédiaires entre l'ivrogne qui désire volontairement se saoûler en bonne compagnie et le dipsomane tout à fait aliéné. Il y a graduellement de moins en moins de volonté, c'est-à-dire de pouvoir d'arrêt et de plus en plus d'automatisme jusqu'à l'inconscience complète et l'amnésie. Notre homme est à l'un de ces échelons et nous serions même disposé, vu son désespoir et ses efforts, à le rapprocher du bout de l'échelle et à dire que c'est une forme atténuée de la dipsomanie. Ce qui justifie encore ce dia-

gnostic c'est qu'il a toujours été un nerveux, un impulsif. Un dur métier de mécanicien sur une locomotive a créé le besoin et l'habitude de l'alcool qui est devenu l'objet d'une impulsion irrésistible ; ces remarques à elles seules seraient déjà intéressantes pour nous montrer le rôle que jouent les troubles mentaux chez tous ces ivrognes qui travaillent si bien à la dégénérescence de la race.

Il faut ajouter encore deux mots sur une tentative de traitement. Ce pauvre homme s'est mis en tête que l'hypnotisme le guérirait, il le demande avec instance. Ce serait une belle chose de guérir un ivrogne et nous ne pouvons pas lui refuser d'essayer. Cet essai n'est pas absolument ridicule, d'abord le malade y croit, cela seul suffirait pour lui donner peut-être le point d'appui qui lui manque pour résister à son impulsion. Ensuite nous avons souvent insisté sur un fait curieux, sur la grande analogie de l'état mental alcoolique et de l'état mental hystérique. Dans certains cas de délire alcoolique on constate toutes les suggestions, tous les actes inconscients comme dans un beau somnambulisme hystérique. Depuis six semaines nous avons essayé trois ou quatre fois de l'endormir. Nous notons un petit engourdissement avec trémulation des paupières, un peu de catalepsie, c'est-à-dire un petit début d'hypnose. Le résultat thérapeutique est très beau, la première fois il a résisté 5 jours et la seconde 8 jours à l'impulsion qui le pousse au cabaret. Avec un peu de bonne volonté il peut arriver à se sauver ainsi lui-même.

Nous venons de prier le malade de sortir et nous pouvons vous dire que nous ne sommes pas aussi rassurés sur sa guérison. Le résultat que nous avons déjà obtenu ne prouve malheureusement pas grand'chose : si on veut hypnotiser ce pauvre homme ou faire semblant de l'hypnotiser tous les jours pendant une heure ou deux, on l'empêchera certainement de toucher à une goutte de vin aussi longtemps qu'on le voudra. Mais quand le médecin, plutôt que le malade, sera fatigué de ces séances peu intéressantes, il recommencera. Ce sont toujours des gens qui auraient besoin de la volonté d'autrui.

Observation 193. — **Crises de dipsomanie.** — *Crises de dépression, heureuse influence de l'ivresse, impulsion à boire, exécution complète de l'impulsion dipsomanique.*

Par opposition avec le malade précédent, qui se rapprochait de

l'ivrognerie vulgaire, voici un dipsomane classique. La même maladie exactement semblable existait chez le grand-père maternel ; les parents semblent avoir été indemnes de troubles nerveux bien caractéristiques.

Cet homme de 30 ans, D..., a toujours été très nerveux : il était particulièrement sujet à des crises « de dépression » depuis l'âge de 15 ans. « De temps en temps, dit-il, il me semble que je m'effondre... » A ce moment, sa volonté toujours faible diminue encore, « il n'est plus bon à rien », il ne sait « même plus lire », c'est-à-dire qu'il ne peut plus faire attention à ce qu'il lit. « Tout lui paraît confus et étrange et cet état, ajoute-t-il, est intolérable. »

Pendant longtemps, jusqu'à l'âge de 22 ans, il a supporté ces crises pénibles avec résignation ; il restait ainsi aplati quelquefois pendant deux heures à peine, quelquefois pendant plusieurs jours. Il avait bien le sentiment vague qu'il lui faudrait une excitation quelconque pour le relever, « il aurait voulu faire une excentricité, quelque chose qui l'émotionnât et le tirât de cet état », mais en réalité il ne faisait aucune sottise et l'état se dissipait peu à peu.

Vers l'âge de 22 ans, il vécut dans une université d'Allemagne et fut entraîné par ses camarades à faire des excès de boisson. Ces ivresses répétées eurent un résultat remarquable, celui de dissiper les crises de dépression et de lui enlever ce sentiment horrible de chute profonde, si bien qu'une idée vague germa dans sa tête, c'est que l'ivresse était un remède souverain contre ses tourments.

Depuis ce moment, ses crises ont changé de nature : quand il se sent déprimé, il est envahi par l'idée obsédante de la boisson, il lutte, il hésite, il ne se décide pas du tout à se griser, il veut seulement se soulager et diminuer le sentiment horrible de dépression qu'il éprouve. Il boit à contre-cœur, seul, sans plaisir, sans conviction, mais il boit, et bientôt il ne peut plus résister, il dépense tout l'argent qu'il a sur lui, met sa montre au Mont-de-Piété, emprunte d'une manière absurde et finit par un état d'hébétude complet qui amène d'ordinaire la fin de la crise.

Il faut remarquer ici un caractère important des dipsomanies : c'est que l'impulsion s'exécute et semble même s'exécuter jusqu'au bout, puisqu'on finit par ramasser ces malheureux ivres morts. Ce caractère est remarquable parce qu'il existe très rarement au même degré dans les autres obsessions. Un très grand nombre de scrupuleux répètent tout le temps qu'ils se sentent poussés

d'une manière irrésistible à accomplir toutes sortes d'actions, des vols, des suicides, des homicides mais, en règle très générale, ils n'accomplissent en réalité absolument rien, si bien que d'ordinaire, il n'y a guère à se préoccuper au point de vue pratique du danger de ces impulsions. Presque toujours quand une impulsion criminelle s'exécute c'est qu'il s'agit d'une autre maladie : épilepsie ou très souvent hystérie. Le psychasthénique exécute peu et très incomplètement : il y a donc ici une exception remarquable pour le dipsomane.

Voici l'explication que nous en proposons ; la différence tient surtout à l'absorption de l'alcool. Au début le malade hésite dans l'exécution de son impulsion absolument comme tous les autres obsédés ; il n'est pas du tout décidé à chercher l'ivresse, il cherche une excitation, et il croit la trouver facilement dans quelques gouttes d'alcool. De même que dans les autres impulsions, il se borne à commencer une petite partie de l'action ; mais l'alcool détermine une ivresse qui change les conditions mentales, qui supprime la rumination, l'hésitation, qui transforme l'esprit du psychasthénique en déterminant un rétrécissement du champ de la conscience analogue à celui de l'hystérique. L'individu devient suggestible et exécute jusqu'au bout l'impulsion commencée.

Observation 193 *bis*. — **Fugues et crises de dipsomanie.** — *Diagnostic des fugues, sentiment de dépression, impulsion à marcher et à boire, amnésie, la crise se rapproche de l'hystérie.*

Il y a deux ans, nous nous sommes beaucoup intéressés aux fugues et nous en avons étudié plusieurs cas très remarquables. A ce propos, nous avons établi une classification des diverses espèces de fugues. Si vous vous en souvenez, nous admettions trois groupes : 1° les fugues épileptiques, caractérisées d'abord par les symptômes épileptiques, petites convulsions au début, sommeil à la fin, et surtout par l'inconscience, l'inintelligence du sujet ; 2° les fugues hystériques, avec l'adaptation intelligente pendant la fugue et surtout l'amnésie consécutive et le retour des souvenirs pendant le sommeil hypnotique ; 3° les fugues psychasthéniques avec mémoire consécutive, impulsions conscientes pendant l'accès et encore satisfaction après l'exécution de l'impulsion. Il est bon de vous rappeler, et nous l'avions dit déjà d'ailleurs, que toutes les

classifications, en médecine surtout, ne doivent pas être prises trop au pied de la lettre et qu'elles établissent des divisions beaucoup trop brutales au milieu de phénomènes qui se suivent en variant d'une manière continue. Si nous hésitions à croire qu'il y a beaucoup d'intermédiaires entre ces trois variétés de fugues, nous n'aurions qu'à étudier et à chercher à classer le cas de ce garçon.

Cet homme de 37 ans, Byi..., présente surtout depuis le mois de janvier des troubles bizarres qui l'étonnent lui-même. Au milieu de la nuit, il est pris d'un trouble, d'une tristesse ; il lui passe des ombres devant les yeux, il sent des douleurs à la nuque et aux tempes et il éprouve le besoin irrésistible de sortir. A peine dehors, dès qu'il a franchi la loge du concierge, il a l'esprit plus libre, moins sombre. Mais il est envahi par la pensée obsédante de boire, il sent que la boisson lui fera du bien, qu'elle va le remettre ; il court au premier cabaret, prend un verre de vin, le vide sans rien dire. Quelquefois cela suffit pour que l'impulsion soit terminée, seulement les choses recommenceront de la même manière, trois ou quatre fois dans la journée. Souvent il n'en est pas ainsi et il lui faut recommencer la même cérémonie dans quatre ou cinq cabarets différents. Dans ce cas, à l'impulsion de boire s'ajoute l'impulsion à marcher et il s'en va chercher ces cabarets à de grandes distances. Il tient à marcher à pied, de préférence au milieu de la chaussée ; pendant cette marche, il tient la tête baissée et il rumine de tristes pensées sur la mort de sa mère et celle de son frère qui sont survenues récemment.

Vous voyez qu'il peut raconter tout cela et qu'il garde par conséquent de la fugue un souvenir assez complet; nous devrions donc dire qu'il s'agit d'une fugue psychasthénique et, dans ce cas particulier, d'une crise de dipsomanie. Mais voici des détails embarrassants : la crise commence par la sensation de coups sur la nuque, par l'obnubilation ; il y a au début quelques convulsions de la face, la bouche s'ouvre et se referme malgré lui, il devient très rouge. La fin de la crise est suivie d'un phénomène assez particulier : il faut qu'il se couche et qu'il dorme d'un sommeil profond près d'une demi-heure, souvent il se réveille de ce sommeil par un cri et il est tout en nage. Ces caractères nous font penser maintenant à la fugue épileptique. Nous ne nous y arrêterons pas trop car les actes pendant la fugue sont bien intelligents et coordonnés pour des convulsions épileptiques.

Voici un autre détail. Il lui est arrivé deux fois de perdre pour ainsi dire conscience au milieu de sa fugue, il ne sait plus ce qui lui arrive à partir d'un certain point, il reprend conscience ou il se réveille, beaucoup plus loin. Ainsi, il se souvient qu'il est parti de chez lui, puis il ne sait plus ce qu'il a fait, et il se retrouve à la cascade du bois de Boulogne. Cette aventure lui est déjà arrivée deux fois. Eh bien, on peut déterminer chez lui un état de sommeil hypnotique, incomplet il est vrai, dans lequel il retrouve très bien le souvenir de ces deux fugues : il voit qu'il a été entraîné par des cochers à jouer une manille, qu'il a failli être écrasé par une voiture, qu'un charbonnier, son voisin, l'a aidé à rentrer. Ajoutons qu'il se souvient de s'être déchiré la main dans un de ces états sans en rien sentir : d'ailleurs même en dehors des fugues, il a peu de sensibilité à la douleur surtout à gauche.

Vous voyez bien par ces détails que ce cas est intermédiaire entre les trois groupes de notre classification. Pour préciser, il faut voir de quel groupe il se rapproche le plus au cours de l'évolution. Nous éliminons l'épilepsie qui est peu nette, le sommeil consécutif peut aussi tenir à l'ivresse. Il nous semble que l'impulsion dipsomaniaque d'abord très consciente au début tend à devenir subconsciente et à amener des fugues avec amnésie et nous dirions, en résumé, que la fugue tend à en prendre les caractères hystériques.

Comment se sont développés ces accidents ? La mère avait des crises d'hystérie, un frère vient de mourir aliéné, dans un asile. Le malade avait des cauchemars et parlait en dormant dans son enfance ; il eut des fièvres intermittentes à 20 ans. Par malheur, il se mit marchand de vin à 30 ans et prit l'habitude de boire. Il cessa bien vite ce métier à 32 ans, mais le métier de valet de chambre qu'il prit alors lui déplaisait ; il regrettait d'être enfermé et aspirait à pouvoir se promener au grand air. Nous voyons se constituer en somme deux désirs, deux tendances : celle de boire et celle de marcher qui semblent jusqu'à ce moment normales. Surviennent des émotions, la mort de sa mère et celle de son frère qui l'ont beaucoup affecté, et depuis ce moment il est de moins en moins capable de résister à ces deux passions dominantes. L'hérédité et probablement l'alcoolisme, puis les émotions préparent un état hystérique que nous surprenons à ses débuts.

Ici, il y a une indication thérapeutique très nette : si ce garçon

s'abstenait complètement des boissons alcooliques, au moins quand il le peut, en dehors des crises où il perd conscience, il aurait fait un grand pas vers la guérison.

Observation 194. — **Impulsions génitales.** — *Antécédents héréditaires, manies de la conjuration, obsessions de honte, manie de la tentation.*

Les autres impulsions différentes de la dipsomanie présentent plus nettement les caractères propres aux scrupuleux: nous retrouvons les hésitations, les manies des précautions et surtout l'absence d'exécution dans l'observation suivante de Vob..., cette jeune fille de vingt-deux ans. Il y a ici des antécédents héréditaires notables, une grand'mère paternelle atteinte de mélancolie anxieuse, le père colère, violent, très déséquilibré, une cousine atteinte d'hystérie délirante. Trois garçons de cette famille n'ont aucune tare, la jeune fille qui ressemble beaucoup au père semble hériter des névroses de ce côté de la famille. Elle était intelligente, et présentait peut-être trop d'excitation intellectuelle dans son enfance; les troubles ont commencé à l'époque de la puberté vers quatorze ans. Elle a eu des tics, des grimaces à la figure et la manie de se ronger les ongles jusqu'au sang.

On la surprenait se parlant toute seule et répétant: « Non, non, arrière Satan. » Elle finit par avouer qu'elle était tourmentée par la pensée de ne pas bien accomplir ses devoirs religieux, de commettre des sacrilèges en communiant mal: il lui semblait qu'elle perdait la foi religieuse. Ce sont là des sentiments d'abaissement, de trouble des croyances, de mécontentement de soi-même qui sont si fréquents au début de la psychasthénie. Puis Vob... passa des années à gémir sur sa malhonnêteté, sur l'idée ou le remords du vol, « elle était, disait-elle, capable de combiner des plans pour voler les gens, capable de se montrer très indélicate »; elle avait en même temps beaucoup d'agitation et d'angoisse.

Le dernier trouble qui s'est développé depuis trois ou quatre ans a rapport à la conduite sexuelle et se présente non sous forme de remords, mais sous forme d'impulsions. Il lui semble qu'elle est poussée à faire des choses pas convenables, elle croit qu'elle va constamment se masturber, et avant de se coucher elle

passe des heures à coudre sa chemise et ses draps, à attacher ses mains. La voici qui ne veut plus se rencontrer avec ses frères, prétendant qu'elle ne pourra pas résister, qu'elle regarde leur culotte et qu'elle va la déboutonner si on ne l'attache pas. Il est nécessaire, dit-elle, de l'enfermer dans un couvent, car jamais elle ne pourra attendre jusqu'au mariage sans se mal conduire.

Il est à remarquer que l'obsession criminelle, analogue dans ses grands traits à toutes celles que nous avons déjà étudiées, se présente non sous forme d'idées ou de remords, mais sous forme d'impulsion présente, cette jeune fille prétend qu'elle sent ses bras s'avancer, qu'elle esquisse des mouvements. On a même dit qu'il y avait à ce propos des hallucinations kinesthésiques, capables de servir de point de départ à l'impulsion. Nous croyons que ces petits mouvements sont toujours extrêmement légers, qu'ils n'aboutissent absolument à rien et que le sujet les fait lui-même presque volontairement pour se prouver qu'il a une impulsion. C'est une sorte de manie de montrer l'impulsion bien plutôt que ce n'est une véritable hallucination kinesthésique.

Observations 195, 196, 197, 198. — **Impulsions au suicide.** — *Fréquence de cette obsession impulsive, phobie de la mort, idée du suicide comme interprétation de l'agoraphobie ; — besoin de direction et terreur de l'isolement ; — fatigues, sentiment de désespoir — inquiétudes, sentiments d'incomplétude, manie de l'extrême.*

Nous choisissons au milieu de beaucoup d'autres ces quatre malades qui sont tourmentées par une impulsion des plus vulgaires, l'impulsion au suicide. On retrouve, en effet, cette impulsion chez un très grand nombre de malades ; il est bien rare qu'à un moment donné le scrupuleux n'ait pas passé par ce tourment. Nous ne signalons que les détails intéressants particuliers à chaque malade parce que vous retrouveriez, dans chacun d'eux, tous les phénomènes que nous avons déjà souvent décrits.

Rel..., femme de 35 ans, semble avoir été amenée à l'état psychasthénique par l'affaiblissement consécutif à des hémorragies ; elle a eu il y a cinq ans des hémorragies, répétées de l'estomac dépendant évidemment d'un ulcère. On sait que l'ulcère de l'estomac a des rapports étroits avec l'hystérie, cependant nous ne voyons pas ici de démonstration bien nette de cette relation. La

malade resta un an couchée, et se releva encore très faible, elle ne pouvait se tenir debout et ne pouvait sortir sans éprouver de grandes terreurs. C'était en somme une forme d'agoraphobie sur-survenue, comme cela est fréquent, à la suite du sentiment de faiblesse. Quand elle chercha à s'expliquer cette terreur que lui causait la marche au dehors, elle se forgea peu à peu la pensée suivante : « c'est qu'il y a non loin de sa maison à la campagne une petite rivière que l'on doit traverser sur un pont et que dans sa faiblesse elle risque de vaciller et de tomber à l'eau si elle traverse le pont ». Depuis quatorze mois, cette idée s'est modifiée, la malade prétend être poussée à se jeter à l'eau dans cet endroit, et elle n'ose plus sortir de peur d'être attirée par la rivière et de s'y précipiter volontairement. « Vous ne voyez pas, dit-elle, que ma marche et mes yeux se tournent toujours de ce côté ». L'idée de suicide est donc dans ce cas une forme dérivée de la phobie, elle ressemble au vertige qui pousse à faire ce que l'on redoute le plus. Elle s'est développée comme une sorte d'interprétation de l'agoraphobie.

Nous pouvons rapprocher de cette malade cette jeune femme de 33 ans, Er..., c'est une aboulique, une timide, qui a la peur de la solitude, le besoin d'être dirigée constamment. Elle voudrait que son mari ne la quittât jamais, et se désole quand il la laisse seule en partant pour son bureau. Tout s'est aggravé depuis une maladie du mari survenue l'année dernière, elle a eu peur de le perdre, et s'est accrochée à lui d'une manière désespérée. Quand il est présent, tout va bien, il n'y a plus la moindre obsession, ni le moindre trouble ; mais dès qu'il s'en va, angoisses, battements de cœur, terreur folle, et surtout sentiment d'automatisme. « Il n'est plus là pour me retenir, je ne sais ce que je ferais. » Dans ces conditions se développe l'obsession de la mort qu'elle redoute le plus et l'idée qu'elle est poussée à se tuer. Cette idée remplit toute la journée, jusqu'au retour du mari.

La genèse de l'idée de suicide n'est pas du tout la même chez Hi..., femme de 47 ans. Cette femme assez raisonnable jusqu'à 30 ans, s'est mariée, elle a eu cinq enfants ; son mari vient d'avoir le bras écrasé dans une machine et pour se consoler il s'est mis à boire. Sa femme a dû soutenir un procès pour obtenir une indemnité, elle doit lutter contre le mari qui devient délirant,

elle est épuisée, désespérée : l'idée de suicide s'est développée naturellement à la suite de ces trop grands malheurs et de sa misère. Il n'y a de pathologique que la forme revêtue par l'idée : cette femme prétend qu'elle ne veut pas se tuer, mais qu'elle y est poussée malgré elle « comme si quelque chose la jetait dans un trou noir ». En somme, c'est le sentiment d'automatisme qui s'ajoute à une idée inspirée naturellement par sa situation.

Cette jeune femme de 30 ans, Wks..., ne devrait pas arriver à l'idée du suicide car elle est au contraire très heureuse, plus heureuse que jamais. Elle a eu une petite fille à l'âge de 23 ans et a toujours été désolée de la situation irrégulière de cette enfant. Il y a deux ans, elle vient d'épouser en justes noces le père de l'enfant. Tout est donc pour le mieux et en effet elle convient qu'elle n'a jamais eu autant de raisons pour être heureuse.

Mais c'est une pauvre femme qui n'a jamais su être contente de rien ; depuis l'apparition des règles à treize ans, elle se cherche des motifs d'inquiétude, elle a eu la peur des couteaux, les remords de conscience, la peur de voler en rendant la monnaie, la manie de présages. « Si je suis gaie le vendredi, c'est que je mourrai le dimanche. » Elle n'a jamais pu avoir un sentiment complet, et, remarque que nous relevons en passant car elle nous intéresse, elle n'a jamais pu arriver à la jouissance complète avec son amant. Il semble que ce mariage qui comblait tous ses vœux l'ait encore attristée. Elle se fait des reproches pour avoir eu sa petite fille avant le mariage et elle craint d'en recevoir le châtiment. De là l'idée qu'elle est poussée à tuer son enfant et à se tuer après. C'est ce qu'elle peut imaginer le plus dans sa manie des extrêmes. Comme nous l'avons vu souvent, l'obsession criminelle est la dernière forme de la manie de la honte de soi et de la manie de l'extrême, mais elle se présente ici sous une forme plus ou moins impulsive.

Il n'y a donc de vraiment remarquable que ce caractère impulsif : il est presque toujours très exagéré, car ces malades, en réalité, n'arrivent jamais à l'accomplissement de l'acte auquel ils se croient poussés. C'est un sentiment d'irrésistibilité plutôt qu'une irrésistibilité réelle et ce sentiment d'irrésistibilité nous paraît le développement d'un des sentiments fondamentaux de l'angoisse, du sentiment d'automatisme. Quand l'attention des

malades se porte particulièrement sur le sentiment d'abaissement, d'incomplétude, quand ils sont plutôt poussés aux ruminations qu'aux agitations et aux angoisses, ils ont plutôt des obsessions sous forme de remords. Quand leur attention se porte plutôt sur le sentiment d'automatisme, quand d'autre part, ils ont plus d'agitation et d'angoisses que de manies mentales, ils arrivent à l'idée d'irrésistibilité et ils se croient poussés à accomplir des actes malgré eux. C'est ce qui les amène à ces manies d'exécution partielle que nous avons déjà signalées comme pour se faire peur à eux-mêmes.

Observations 199, 200, 201, 202. — **Les obsessions impulsives de l'homicide.** — *Fréquence de cette obsession, manie de l'extrême, crises de dépression, émotions, colères, sentiment d'automatisme ; — troubles gastro-intestinaux, phobie des couteaux ; — abaissement mental, sentiment d'étrangeté, doutes, manie de l'extrême.*

De même que nous avons réuni facilement plusieurs malades tourmentés par l'obsession impulsive du suicide, nous n'avons qu'à choisir pour réunir plusieurs types de l'obsession impulsive de l'homicide.

C'est, en effet, une des plus banales parmi les obsessions de ce genre, puisque l'état mental des scrupuleux les porte à songer à des crimes, à croire qu'ils ne sont pas assez maîtres d'eux pour résister à des tentations, et qu'ils se laisseront aller à des actions odieuses, il est tout naturel que l'acte criminel le plus simple, le plus odieux, celui de l'homicide, vienne sans cesse à leur esprit. En somme, l'obsession de l'homicide est toujours en rapport avec les mêmes conditions générales qui présidaient déjà aux obsessions précédentes, honte de soi, sentiment d'automatisme, manie de l'extrême. Il suffit de noter les modifications de détail qui surviennent dans l'évolution des différents cas.

Cette femme de 44 ans, Cos..., dont le père est alcoolique et la mère aussi probablement, a présenté la maladie du scrupule par accès. Elle a déjà eu deux accès graves l'un à seize ans, l'autre à vingt quatre ans. Ces deux premiers accès n'ont pas été très longs, ils se sont terminés en quelques mois. Dans l'intervalle elle restait presque normale : c'est là, comme vous le savez, un type d'évolution assez fréquent.

L'un des accès précédents a été déterminé par la mort du père, et par l'émotion qui en était résultée ; l'accès actuel, est en rapport avec des querelles de ménage et peut-être avec le début de la ménopause. En dehors des causes ordinaires des obsessions nous notons des colères contre son mari. Il semble que les angoisses et l'agitation banale des scrupuleux prennent chez elle l'aspect de l'émotion de la colère, ou du moins lui rappellent plus ou moins justement cette émotion. Les phénomènes physiologiques qui accompagnent les émotions et qui jouent un si grand rôle d'après la théorie de James et de Lange sont loin d'avoir une grande précision, et d'être distincts dans chaque émotion. Ils laissent à l'esprit une part d'interprétation considérable ; il est assez vraisemblable que tous les scrupuleux n'interprètent pas de la même manière ces dérivations viscérales diffuses qui constituent l'angoisse. L'un y voit de la peur, l'autre une agonie et une mort prochaine, celle-ci, préoccupée des querelles avec son mari, y voit de la colère. Ajoutez que cette idée doit modifier les symptômes émotionnels et rendre à chaque crise l'interprétation de plus en plus juste. Ces sentiments de colère se sont joints au sentiment banal d'automatisme et elle se croit capable de commettre les crimes les plus odieux ; en particulier, comme toujours, elle se croit capable d'étrangler son enfant qu'elle aime le plus au monde. C'est ici que le traitement bromuré aura probablement beaucoup de succès en diminuant les réactions violentes qui servent de substratum à l'idée.

Chez cet homme de 51 ans, Bx..., arthritique et fils de goutteux, les phénomènes psychasthéniques surviennent visiblement à la suite de crises gastriques. Le trouble débute par une indigestion, puis le malade présente de l'atonie gastro-intestinale, il a la langue pâteuse, il sent un goût amer dans la bouche, et peu de temps après surviennent les maux de tête probablement par intoxication, puis les obsessions. Celles-ci, pendant des années, avaient la forme de la phobie classique du rasoir et des couteaux ; nous les avons souvent rencontrées. Plus tard, par évolution, ce fut l'obsession du suicide, sortant de la phobie du couteau, puis maintenant l'idée obsédante de couper la gorge à sa petite fille. Vous voyez l'idée de l'homicide qui sort en trente ans de la phobie des couteaux.

Au point de vue du traitement, il faut tenir compte de l'état gastrique. Nous serions curieux de savoir le résultat des lavages d'estomac, pratiqués dès le début des troubles gastriques.

Une autre obsédée homicide est cette femme de 39 ans, Mnd..., qui se figure qu'elle va tuer son petit neveu. C'est un enfant qu'elle a adopté depuis trois ans et qu'elle aime beaucoup, mais cet enfant n'est pas le sien et en sa qualité de scrupuleuse, elle est gênée dans sa conduite envers lui, elle craint toujours de ne pas faire assez bien, elle craint que l'enfant ne sache qu'elle n'est pas sa vraie mère, etc... Il paraît qu'elle a été émotionnée par un délire survenu dans sa maison et parce qu'on a beaucoup parlé d'une pauvre folle : émotion, abaissement mental, sentiment d'étrangeté et obsession de la folie, telle est la première période de la maladie. Quelques mois après, elle transforme l'obsession de folie en obsession impulsive qui la pousse à faire du mal à cet enfant, elle arrive à l'idée qu'elle va étrangler cet enfant pendant son sommeil : le passage d'une idée à l'autre se comprend bien facilement.

Dans le dernier cas celui de cette femme, Lro..., âgée de 25 ans, l'idée se forme encore d'une manière plus classique, elle sort nettement du sentiment d'automatisme. Père alcoolique, mère tuberculeuse, enfant toujours émotive et inquiète qui se frappe de tout, elle a été très effrayée, il y a deux ans, par une bronchite légère à propos de laquelle le médecin a eu tort de parler trop vite de tuberculose. Elle ressent des picotements, des fourmillements au-dessus du crâne : « Il me semble qu'il me tombe à cet endroit des gouttes d'eau chaude une à une sur la cervelle. » Elle a perdu toute certitude du réel : « Il me semble que rien n'est net, que je ne comprends plus mon travail. Puis, j'ai été effrayée en voyant que je disais des choses malgré moi, que malgré moi je fermais la porte cinquante fois de suite. Il m'a semblé que malgré moi je pourrais faire toutes sortes d'horreurs... »

Et nous voici à l'obsession de tuer son petit garçon. Toutes ces observations nous montrent assez bien la genèse des obsessions de l'homicide et leur point de départ dans les troubles des sentiments et dans les altérations de la volonté.

Observation 203. — **Obsession de l'homicide.** — *Accidents hystériques et accidents psychasténiques, stigmates de dégénérescence, sentiments d'étrangeté, sentiments d'automatisme, manie de l'extrême.*

Cette pauvre femme, Vod..., nous a intéressés et nous l'avons

étudiée quelque temps. C'est un beau type de scrupuleuse qui s'améliore facilement par la direction morale. Ce qui avait attiré notre attention, c'est qu'elle racontait son histoire de manière à faire croire qu'elle avait eu pendant longtemps des accidents hystériques. Le problème des relations entre l'hystérie et la psychasthénie est difficile et important et nous avions cherché, si dans ce cas, il n'y avait pas une association : après examen cette supposition nous paraît improbable.

Le père est alcoolique comme toujours ; il faut ajouter que cette personne est née jumelle et qu'elle a des stigmates apparents de dégénérescence : les oreilles n'ont pas de lobule, la voûte palatine est très ogivale ; mais ce qu'il y a de plus important c'est que la tête est franchemeut asymétrique : le front est beaucoup plus fort du côté droit, et tout le côté gauche de la face est plus petit que le côté droit, remarquez aussi que l'iris de l'œil droit est bien plus foncé que l'iris de l'œil gauche. Ces stigmates physiques sont à relever : ils sont plus rares qu'on ne croit chez les psychasthéniques. Les troubles ont commencé nettement à l'âge de 12 ans, à propos de la première communion ; depuis ils n'ont jamais ou presque jamais cessé. C'est un type de la maladie du scrupule à forme continue qu'il faut bien connaître et qui s'oppose cliniquement à la maladie procédant par accès qui est plus connue. La peur d'avoir touché l'hostie avec les dents, la peur d'être tentée par le diable et d'aller en enfer ont constitué à cet âge un premier groupe d'obsessions religieuses.

De 16 à 20 ans se placent ces accidents qui nous avaient intrigués : elle racontait qu'elle avait eu des sommeils, des crises de nerfs, des raideurs des membres. On aurait dit de l'hystérie ; mais vraiment quand on précise, ces prétendus accidents hystériques, comme il arrive toujours chez les psychasthéniques, perdent de leur netteté.

Elle n'a jamais perdu connaissance dans ces crises, elle en a toujours eu le souvenir complet, elle pouvait défaire elle-même ses raideurs des membres, les hallucinations n'ont jamais été prises pour la réalité. En un mot, ce sont toujours ces agitations motrices, ces angoisses, qui ne ressemblent que de loin à de l'hystérie véritable.

Vod... est devenue plus calme depuis qu'elle s'est mariée, probablement par suite de l'excitation génitale comme elle le reconnaît elle-même. Mais la maladie n'a jamais cessé, des phobies, des obsessions de remords se succédaient régulièrement, et le

trouble actuel survenu depuis un an n'est pas une maladie nouvelle, il est simplement une aggravation d'un état bien antérieur, aggravation causée par la fatigue du dernier allaitement. Les symptômes d'insuffisance sont décrits par cette malade d'une manière intéressante. Notez ce qu'elle dit du sentiment d'ennui épouvantable qui l'envahit depuis ce moment. « Je reste comme une hébétée, une idiote... dire qu'il faut encore vivre une journée, je ne sais plus à quel moment de la journée j'en suis. J'ai des sensations terribles dans la tête, un plomb sur le sommet de la tête, des fourmis qui me mangent le cerveau, une envie de dormir seulement sur le dessus de la tête. » Remarquez ensuite les troubles de la perception. « Tout est devenu si drôle, il me semble que je rêve tout le temps... Est-il drôle que les gens aient deux trous au milieu de la figure, ces deux trous m'agacent et me donnent des envies de me jeter dessus, je ne trouve plus le monde comme il était, je ne reconnais plus personne. » Voici maintenant les sentiments d'automatisme mêlés à la honte de soi. « Ce qui m'agace c'est d'avoir toujours peur d'être punie pour des actions que je ne fais pas moi-même, car, je n'agis plus moi-même. Je n'ai jamais aussi bien senti l'action continue de la puissance de Dieu, ...quelqu'un me fait faire tout ce qu'il veut. » Cette dernière phrase est remarquable, c'est le germe des idées de fatalisme, de damnation qui vont jouer un si grand rôle dans les grands délires. Les aliénistes qui voient des délires confirmés se rendent-ils assez bien compte de leur point de départ dans ces sentiments intellectuels d'automatisme, que nous montrent beaucoup mieux nos névropathes.

Sur ce terrain a germé facilement l'obsession actuelle ; il lui semble qu'elle est poussée à tuer sa petite fille d'une manière quelconque : le procédé varie suivant l'action qu'elle fait, elle songe à lui jeter de l'eau bouillante sur la tête quand elle est auprès du fourneau, à la saigner quand elle récure les couteaux, à lui enfoncer des ciseaux dans les yeux quand elle coud, à l'empoisonner quand elle lui donne à manger, etc.

Une dernière question : « Pourquoi donc, Madame, voulez-vous toujours couper le cou à votre petite fille et ne songez-vous pas à en faire autant à votre mari ?

La malade, en riant : — Oh mon mari, je ne l'aime pas assez pour cela. » Vous voyez l'intervention de la manie de l'extrême, l'acte obsédant c'est l'acte qu'elle redoute le plus.

La pauvre femme est très accessible aux exhortations morales, elle a été très frappée de voir qu'on s'intéressait à l'histoire de sa maladie : cela lui a déjà donné confiance. Les obsédés de ce genre aiment toujours beaucoup à être traités en malades, d'abord parce qu'ils aiment à être soignés, ensuite parce que cela les rassure sur le caractère moral de leur conduite : ils aiment mieux être des malades que des criminels. Il faut aussi fortifier cette pauvre femme et la reposer, et il est probable qu'elle sera sinon guérie, au moins ramenée facilement à l'état antérieur et chronique.

Observation 203 *bis*. — **Obsession de l'homicide.** — *Accès angoissants, troubles respiratoires, rôle de la colère dans cette obsession.*

Nous vous présentons rapidement cette pauvre femme, âgée de 30 ans, Sy..., pour vous montrer dans quel état pitoyable peuvent tomber les malades au moment d'une obsession. Les obsessions, en effet, peuvent se présenter d'une manière pour ainsi dire chronique, tourmentant continuellement les malades, déterminant des paroles, des mouvements perpétuels mais avec peu d'intensité ou bien elles peuvent se présenter par accès, accès qui peuvent être d'ailleurs fort longs pendant lesquels les malades sont dans une angoisse extrême, pleurant, criant, ne s'habillant plus, sans cesse occupés à lutter contre l'impulsion. C'est le cas de cette pauvre femme, en proie à l'une des impulsions les plus cruelles, l'impulsion à frapper, à tuer. Remarquez les troubles considérables de la respiration qui sont bien mis en évidence par les graphiques des figures 20 et 21 ; vous voyez ici la respiration caractéristique de l'angoisse. Cette impulsion est, en effet, l'une des plus cruelles, l'une de celles qui provoquent les plus grandes angoisses, parce qu'elle se complique de la peur terrible qu'ont les malades d'y céder. Quand ils sont poussés à boire ou à compter, ou à blasphémer, ils ne résistent en somme que mollement et se disent : « Après tout je boirai. » Ceux-ci, au contraire, sont révoltés à l'idée de frapper, songez qu'ici la pauvre femme songe à frapper sa fille : l'idée obsédante fixe se complique de la représentation des malheurs que son exécution entraînerait. C'est ce qui met cette malade au désespoir, c'est ce qui la fait demander avec instance tous les traitements possibles. Elle a

même essayé de se faire enfermer à Sainte-Anne et elle y est restée trois mois sans retrouver le calme.

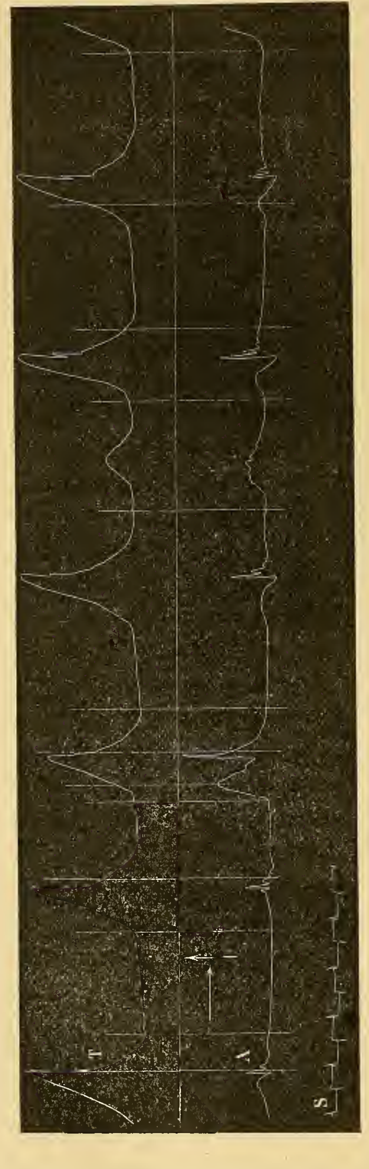


Fig. 20. — Respiration en soupirs chez Sy... pendant l'angoisse.

N'insistons pas sur le symptôme lui-même, impulsion survenant avec une force nouvelle dès qu'elle voit des couteaux, dès qu'elle

lit dans les journaux un assassinat, diminution de tous les phénomènes psychologiques en dehors de l'impulsion, perte de la volonté, de l'attention, de la mémoire des choses récentes. Deux mots seulement sur l'origine vraisemblable de l'obsession actuelle quoiqu'il n'y ait guère de nerveux dans la famille ; c'était une personne très nerveuse ayant déjà souvent la sensation de la boule, s'évanouissant facilement. Pour son malheur, elle avait un

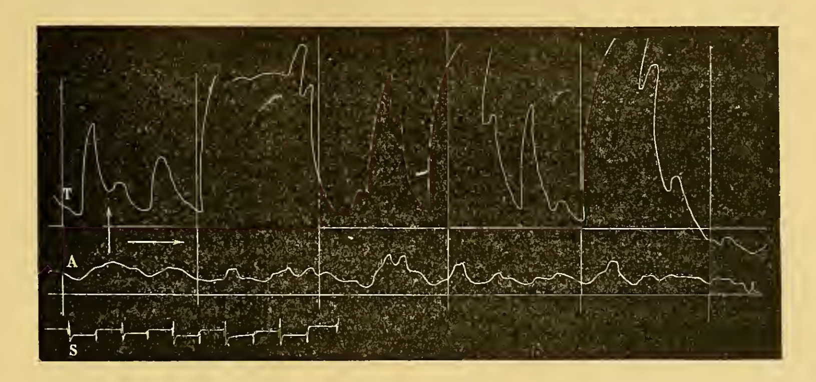


Fig. 21. — Respiration de Sy... pendant l'angoisse, irrégularité complète de la respiration abdominale.

mari ivrogne qui malgré ses supplications buvait de plus en plus. Elle se fâcha contre lui, le prit en haine et fut préoccupée par la pensée de l'arrêter, de le punir, de le frapper. Peu à peu elle devint plus nerveuse : l'idée de frapper se développa et elle devint une obsession puis une impulsion. On pourrait dire ici que cet état impulsif n'est encore qu'une émotion particulière devenue permanente, seulement ce n'est plus la peur ou l'amour comme nous l'avons vu si souvent, c'est la colère.

Observation 204. — **Obsession de l'homicide.** — *Évolution chronique, associations envahissantes, terminaison par la suppression des actes et l'immobilité.*

Cette femme, Xa..., est tourmentée par des obsessions homicides exactement comme les précédentes, leur genèse nous semble être à peu près semblable, cependant cette malade présente à nos yeux un grand intérêt à cause de son âge. En effet, elle a 61 ans et cet âge

est déjà pour tous ceux qui ont suivi ces leçons assez curieux ; sauf un brave homme qui était tourmenté par la manie de rechercher des mots, et qui avait 76 ans, nous ne vous avons guère présenté de sujets atteignant 60 ans. Vous vous rappelez qu'ils ont tous de vingt à quarante ans ; si bien que ces troubles vous ont paru une maladie de jeunes. Cet exemple nous prouve qu'il y en a des cas chez des sujets ayant dépassé la première moitié de la vie. En outre, ce cas nous montre d'une manière extrêmement nette les terminaisons, c'est-à-dire l'état final vers lequel tend la maladie, auquel la maladie réduit les sujets quand elle évolue jusqu'au bout. Nous résumerons rapidement la vie de Xa... et nous nous arrêterons sur cet état final qui est maintenant pour nous le plus intéressant.

Comme il arrive dans ces grands états chroniques, Xa... est une héréditaire ; un oncle paternel est mort à l'asile en l'état de mélancolie anxieuse, le père était déjà un bizarre quand il est mort très jeune à 25 ans. Xa... fut atteinte dès sa jeunesse, jamais de plaisir complet dans son enfance, des inquiétudes déjà à l'âge de huit ans, puis après la puberté des peurs inexpliquables et toujours des craintes de mal faire, des peurs de dire des gros mots, de mettre le feu à la maison, de se jeter sous les roues des voitures, etc. C'était d'abord des crises passagères de quelques jours ou de quelques mois, un abaissement passager du niveau mental qui se relevait ensuite.

A partir de vingt-deux ans, à la suite d'une couche, l'état morbide devint chronique et n'a presque plus jamais cessé depuis quarante ans. Il a toujours évolué dans le même sens : sentiment d'incomplétude et de mécontentement, sentiment d'automatisme, dérivation sous forme d'agitation et d'angoisse, puis obsessions, criminelles. « Il me semble, dit-elle, que je vais tuer quelqu'un, que je vais faire du mal à des enfants. » Pendant les premières années, le travail assez grand qu'elle avait à faire, les soucis de la vie réelle ont arrêté le développement de la maladie. Vers l'âge de 40 ans, elle eut le malheur de se retirer des affaires sous prétexte qu'elle ne pouvait plus résister à la fatigue et le trouble mental prit un bien plus grand développement.

Il faut dire aussi pour l'excuser et pour expliquer l'évolution ultérieure qu'elle commençait à être atteinte d'un grand rhumatisme déformant qui lui rend aujourd'hui la marche très difficile et qui a tordu ses doigts. Ce rhumatisme est intéressant par son

association avec la maladie du scrupule. Il a aussi contribué à l'augmenter, en rendant l'occupation et le travail plus difficile. N'oubliez pas que le travail physique et moral est une grande sauvegarde pour ces malades. Ils sont perdus quand une circonstance quelconque favorise leur tendance à l'inertie. Celle-ci depuis l'âge de quarante ans va de mal en pis, et nous voudrions vous faire remarquer l'évolution qui s'est produite.

Le caractère essentiel de la maladie dans la dernière période, c'est la généralisation des troubles : les obsessions qui ne se produisaient fortement qu'à la suite de circonstances particulières se produisent maintenant à propos de tout. C'est ce que la malade explique par de prétendues associations d'idées : ainsi l'obsession criminelle, l'impulsion à l'homicide, se produisait autrefois à propos des couteaux comme il est de rigueur. Voyez ce qui arrive maintenant ; Xa... ne peut voir des enfants, ni les entendre, parce qu'elle pourrait les tuer ; elle ne peut voir des fleurs, parce que certaines sont rouges et font penser à du sang, ni des journaux, parce qu'ils parlent de crimes, ni des arbres parce qu'ils ont des branches et que les jardiniers les coupent. Elle ne peut plus voir son fils parce qu'il a eu le malheur de mettre une fois une cravate où il y avait du rouge. Mieux encore, nous lui avons donné une garde et le malheur a voulu qu'elle s'appelât Antoinette ; aussitôt le nom de Marie-Antoinette fit penser à l'échafaud, au meurtre, etc., et depuis ce moment, il n'y a plus ni garde ni de domestique qu'elle puisse tolérer. Poussez les choses à l'absurde, vous n'arriverez pas encore au bout : la susdite Antoinette a déposé un ouvrage sur un des fauteuils de la maison, d'où la contamination du fauteuil, mais le fils imprudent qui s'était assis sur ce fauteuil est allé ensuite s'asseoir sur les autres sièges, il a transmis la contamination à tous les meubles de l'appartement. Il n'y a plus un siège qui n'éveille la pensée de l'échafaud, de l'homicide, etc... Ces belles histoires se répètent toute la journée ; la pauvre malade pousse des hurlements plaintifs à cause de ces hasards malheureux. « Ces choses n'arrivent qu'à moi, dit-elle, car enfin, si mon fils avait pris la précaution de changer de pantalon après s'être assis sur le premier fauteuil, j'aurais conservé des sièges disponibles. Tout vient de ces malheureux hasards arrivés dans cette maison... Il faut que je change d'appartement et tout ira bien. » Non, ce n'est pas vrai, tout ira aussi mal, car les circonstances n'y sont pour

rien du tout. Avant Antoinette, il y avait autre chose, et il y aura toujours quelque chose de semblable. Elle invente les explications après coup ; en réalité, c'est la rumination, l'angoisse, qui se produisent perpétuellement à propos de n'importe quel fait psychologique et qu'elle explique par ces associations d'idées.

Les conséquences de cette généralisation sont des plus remarquables : chaque obsession, nous le savons, gêne ou supprime une action et à notre avis c'est même la gêne de l'action qui commence. Au début déjà, il y avait impuissance à se servir de ciseaux ou de couteaux ; mais avec le développement de la maladie, les actes supprimés sont de plus en plus nombreux.

Il y a quelque temps encore, Xa... se promenait au bois de Boulogne, quand l'histoire des arbres et de la hache du jardinier est survenue. Elle allait encore par les rues sans arbres, mais sa voiture a roulé sur un papier rouge, donc suppression des sorties. Elle voyait encore son fils, la cravate rouge l'a fait renvoyer ; elle ne peut plus voir d'amis, de peur qu'ils ne lancent des phrases malencontreuses. Elle ne peut plus tolérer de domestiques depuis Antoinette, et la voici qui ne peut même plus s'asseoir. Nous avons trouvé cette pauvre vieille rhumatisante, tremblante de fatigue, debout au milieu de la chambre.

Mais direz-vous, c'est de la folie complète ? Non, et voici à notre avis ce qui fait l'horreur de la situation, c'est que cette femme conserve un esprit parfaitement lucide. Elle a une intelligence qui est plutôt remarquable, et quand on peut distraire son attention, elle cause même très bien. Elle a pour ses propres folies plus de mépris et plus de rires que nous ne pouvons en avoir ; mais c'est là de l'ironie purement abstraite qui n'aboutit à rien de réel. Si ridicule qu'elle se trouve, elle ne peut cependant ni sortir, ni se laisser couper les ongles, ni s'asseoir. Il semble qu'il y ait divorce entre l'intelligence abstraite et la volonté pratique. Xa... en est arrivée à vivre tout à fait en dehors du réel, elle est parvenue à la suppression presque complète de toute action.

C'est là cette conclusion que nous voulions vous faire remarquer : le terme de la maladie, ce n'est pas la démence ordinaire, le naufrage de l'intelligence, c'est uniquement la perturbation et la destruction des actes. Tous ces malades aboutissent peu à peu à la réduction de la vie : la sociabilité disparaît la première, ils se cloîtrent volontairement, puis dans leur retraite, la vie se réduit encore, ils en arrivent à une immobilité presque absolue. Il y

avait, il y a quelques années, dans le service d'un de nos maîtres, M. J. Falret, une vieille femme de ce genre qui restait toute la journée assise et immobile dans sa cellule et qui ne manifestait sa vitalité que par les hurlements de colère qu'elle poussait dès que quelqu'un faisait mine d'approcher.

Cette terminaison de la maladie du scrupule par l'isolement de plus en plus complet et par la suppression de tous les actes nous montre quelle importance ont les troubles de la volonté dans tout son développement.

DEUXIÈME SECTION

LES OBSESSIONS DU CRIME A FORME DE REMORDS

Nous venons de voir que ces idées de crime obsédant l'esprit du malade ont le plus souvent une puissance impulsive très faible, qu'elles se réalisent fort rarement et d'une manière fort incomplète. Aussi, dans un très grand nombre de cas, la malade ne peut soutenir qu'il est actuellement poussé à commettre un crime, qu'il l'accomplit dans le moment même. Il est bien obligé de constater que dans le moment présent, il n'accomplit rien de répréhensible. Il se borne alors à projeter en arrière dans le passé son sentiment de mécontentement et son idée de crime. L'obsession du crime se présente alors sous la forme très commune du remords.

Observations 205, 206, 207. — **Obsessions criminelles, remords du vol.** — *Interrogations sur les souvenirs, crises de rumination.*

Quand vous examinez ces femmes, vous êtes plus frappés que jamais de la disproportion qu'il y a entre les symptômes et l'explication que le malade en donne. Mte..., jeune femme de 31 ans, est depuis trois ans dans un état lamentable que nous résumons déjà brièvement, puisque vous en avez déjà étudié tous les phénomènes chez bien d'autres malades : agitation perpétuelle même la nuit, besoin de marcher indéfiniment, angoisse à tout propos surtout pour le moindre bruit, lamentations perpétuelles, et surtout incapacité de se livrer à aucune occupation. « Tout cela résulte, dit-elle, de ce qu'elle a des idées criminelles qui lui inspirent de grands remords. » Si nous arrivons à éclaircir ces prétendus crimes, nous voyons qu'il s'agit d'un vol qu'elle aurait commis il y a trois ans. Étant domestique dans une propriété à la campagne, elle aurait demandé au jardinier de lui faire un bouquet avec les fleurs du jardin et voilà de quoi justifier trois ans

de remords chez une domestique! Nous ne les savions pas si délicates.

Il en est de même chez celle-ci, Btr..., âgée de 29 ans : fille d'un père aliéné présentant un développement tardif, n'étant réglée qu'à 17 ans, elle est encore éprouvée par une fièvre typhoïde assez grave à 23 ans. Depuis elle reste inquiète et aboulique ; elle nous donne aussi comme explication de son état qu'elle a peut-être commis des vols en rendant de la monnaie ces jours derniers, et c'est pour ne pas s'exposer à recommencer qu'elle ne veut plus rien acheter, qu'elle ne veut toucher à rien et en un mot qu'elle ne veut plus rien faire. Elle consacre toutes les forces de son intelligence à s'interroger sur le problème du vol qui occupe toute sa pensée.

Nous vous signalons seulement cette dernière malade Je... pour vous faire observer qu'elle a 62 ans ; il est en somme assez rare de trouver de grands obsédés de cet âge. Celle-ci n'a jamais changé de nature, elle est encore maintenant comme elle a commencé à être à l'âge de 16 ans.

Les obsessions chez elle ne sont pas continues, elles viennent par crises d'une durée de trois à cinq mois. La plus longue crise a été de dix-huit mois ; entre les crises il y a des périodes à peu près normales de quelques mois. En général, pendant ces périodes d'amélioration elle dort beaucoup, elle reste tout le temps lourde et somnolente. Dans les périodes d'obsession, elle est au contraire agitée, insomnique et en rumination perpétuelle. Le sujet de ces obsessions ne varie guère, ce sont toujours des actions criminelles qu'elle se reproche d'avoir faites. Étant plus jeune, elle a eu le remords des épingles qui est si banal, puis des remords religieux ; elle a fait une grande crise, parce qu'elle avait, disait-elle, fait entrer un morceau d'hostie dans une dent creuse. Les deux dernières crises que nous connaissions ont été déterminées par des remords de vol, dans l'une elle s'accusait de ne pas avoir affranchi une lettre, dans l'autre d'avoir dérobé un bonnet à une voisine.

Ces quelques exemples vous montrent que les obsessions se présentent fréquemment sous la forme d'obsessions criminelles et que ces idées de crime se présentent le plus souvent sous la forme de remords, enfin qu'il y a une disproportion évidente entre l'obsession proprement dite et les troubles qui les accompagnent.

Observation 208. — **Obsession de remords pour le départ d'un chat.** — *Rêverie, parole automatique, insomnie, zoophilie.*

Certaines obsessions paraissent quelque peu ridicules. Elle n'en sont pas moins d'une étude intéressante en nous montrant dans quelle faiblesse l'esprit humain peut tomber si facilement.

Cette pauvre femme nous présente un cas d'une maladie mentale qui doit être assez commune, puisque la description en est populaire et qu'elle a inspiré la chanson. Nous avons déjà eu l'occasion de vous présenter un cas typique de cette obsession chez une pauvre dame, bouleversée pendant trois ans, parce que son chat était mort d'un cancer à la tête [1]. Celle-ci est malade, elle aussi, parce qu'elle a perdu son chat.

C'est tout le tableau de l'obsession dont vous connaissez bien les caractères : pensée continuelle sur un même sujet, radotage, parole automatique tantôt tout bas, tantôt à haute voix, émotion qui accompagne la pensée, angoisse dans la tête, angoisse dans la poitrine, resserrement, palpitations, puis les symptômes secondaires, le défaut d'attention, la rêverie, l'incapacité de faire aucun travail, tandis qu'autrefois elle était fort énergique et intelligente. Ajoutez même les troubles du sommeil et de la digestion. Elle est si désespérée qu'elle parle de suicide. Et pourquoi tout cela ? Parce qu'en février dernier, cédant aux conseils des voisins, elle a consenti à donner une vieille chatte qui a été tuée. Elle se reproche incessamment d'avoir donné cette chatte, de l'avoir abandonnée et elle ne pense plus qu'à cela.

A propos des conditions dans lesquelles s'est développée cette idée fixe, nous insisterons peu sur les caractères vulgaires qui se retrouvent partout. Comme antécédents héréditaires, nous notons une mère alcoolique, une tante qui a été plus ou moins folle pendant un an et demi, à propos de la mort de son mari. Cette dame elle-même, névropathe, émotionnable, a déjà eu des obsessions à propos de la moindre des choses, par exemple à propos du départ d'un locataire de la maison dont elle était concierge ; tous ces points vous sont connus. Ce qui nous paraît curieux, c'est qu'il y a chez elle une susceptibilité particulière à propos de ses sen-

1. *Névroses et idées fixes*, II, p. 145.

timents pour les chats. Elle a déjà eu une première atteinte de la maladie, il y a quelque temps, à propos de la même chatte déjà donnée une première fois, et qu'il avait fallu reprendre à cause de son désespoir. Cette crise avait pu être ainsi conjurée, mais il y a dix ans, à l'âge de vingt-sept ans, il y avait eu une crise beaucoup plus grave encore à propos d'un chat qui était disparu, nous ne savons comment. C'est donc le troisième accès par rapport à des chats.

C'est que ces désespoirs dépendent d'un autre sentiment, nous dirions presque d'un autre symptôme qui est presque aussi pathologique que le premier ; ces désespoirs sont en rapport avec un invraisemblable amour des animaux qui, poussé à ce degré, devient une maladie, *la zoophilie*. Cette femme vit toujours environnée de quatre chats, elle les soigne avec un amour excessif et l'on peut dire sans métaphore qu'elle les aime mieux que ses enfants. En effet, elle a perdu un enfant, cela ne lui a pas fait la moindre impression, ni le moindre regret, tandis que vous voyez le désespoir pendant huit mois pour la mort du chat. Bien mieux, elle était enceinte au cours du premier accès dû à la mort du chat et se désespérait à la pensée d'avoir un enfant qu'elle n'aimait pas du tout. Elle fit accidentellement une fausse couche. La joie d'être délivrée de l'enfant a été l'une des grandes raisons de la guérison de cet accès.

Cette zoophilie, dont tout dépend, serait curieuse à étudier. On peut dire d'abord que c'est là une obsession accidentelle, due à une sorte de suggestion. Elle a été élevée dans une loge de concierge où il y avait toujours des chats. On pourrait remarquer aussi que dans bien des cas l'amour pour les animaux est bien plus facile pour les esprits faibles que l'amour pour les hommes ; l'animal est plus facile à comprendre que l'homme et les sentiments pour l'animal sont moins compliqués que les sentiments pour les hommes. Ce serait en quelque sorte une affection qui se dépense d'une manière facile sans les efforts que demandent les sentiments normaux. Enfin, on peut se demander si dans certains cas ce n'est pas l'exagération d'un instinct naturel à l'homme, ordinairement limité par les autres faits de la pensée qui prend un développement exagéré.

Quoi qu'il en soit, retenez ce fait de la zoophilie comme un accident fréquent chez ces malades dégénérés ou psychasthéniques.

N'essayons pas de transformer ce sentiment chez elle ; bornons-nous à diminuer l'accident actuel. Dans une observation exactement semblable que nous avons rapportée dans notre dernier livre, nous n'avons obtenu la guérison qu'en rendant un chat à la malade et en la forçant à le soigner. Au début elle le faisait avec mauvaise grâce, en disant : « J'accomplis mes devoirs envers lui, mais je ne l'aime pas. » Peu à peu ses devoirs lui devinrent agréables, car elle l'aimait. Espérons qu'il en sera de même ici. Ce serait beaucoup trop difficile de lui enlever complètement sa passion pour les chats et de lui faire aimer les enfants.

Observation 209. — **Obsession criminelle sous forme de remords.** — *Aboulie, dépersonnalisation.*

Cette observation peut assez heureusement vous montrer comment l'obsession, et en particulier l'obsession criminelle, est un accessoire dans la maladie et vient simplement s'y surajouter comme une justification qui satisfait l'esprit du sujet. Cette dame de 37 ans, Xyb..., qui compte dans sa famille quelques individus bizarres, qui a toujours été une névropahe, aboulique, entêtée, timide, présente depuis cinq ans une obsession qui semble assez particulière et assez précise. A la suite de raisons qui nous importent peu, elle a cru devoir changer un de ses fournisseurs, et elle a renvoyé sa blanchisseuse. Puis comme cette blanchisseuse servait sa famille depuis bien des années, elle a regretté cette décision, et elle a de nouveau accepté ses services. Elle a conçu, à ce qu'elle prétend, un grand chagrin de cette conduite, et il lui a semblé qu'elle avait été injuste dans le renvoi de la blanchisseuse, puis qu'elle avait manqué de dignité en revenant sur sa décision. Depuis, elle est restée obsédée par le remords de cette action, elle y pense constamment, et elle en tire des conséquences invraisemblables. Elle décide qu'elle ne doit plus faire aucune action avant d'avoir remis les choses en ordre par rapport à la blanchisseuse, et comme elle trouve toujours qu'elle est dans une situation fausse par rapport à cette femme, elle ne veut plus rien faire du tout. Il lui semble qu'elle doit toujours rester liée par quelque chose avec cette blanchisseuse, et elle imagine de lui devoir constamment une petite somme d'argent, dix francs : il est

impossible de lui faire régler ses comptes avec elle d'une manière complète, il faut qu'elle doive dix francs, et si elle apprend qu'on les a payés à la blanchisseuse, elle va les réclamer. Il semble bien que l'obsession soit précise, et dans ce cas on éprouve quelques tentations de la rattacher aux circonstances.

Cependant, considérons les symptômes que présente cette femme : nous trouvons d'abord une inertie énorme, elle ne peut se lever du lit ni s'habiller. Quand on la lève de force, elle se recouche, et si on la laisse seule elle n'est pas prête à cinq heures du soir. Elle reste assise chez elle, au milieu d'un désordre invraisemblable, et elle ne peut arriver à rien ranger. C'est l'exagération d'un état qu'elle a toujours eu : depuis sa jeunesse, elle ne savait ni travailler, ni s'occuper, ni diriger sa maison. Elle se plaint de voir tout au travers d'un brouillard, d'être distraite, de suivre difficilement les conversations. Elle ne peut plus arriver à croire les gens, elle a un manque de foi dans les autres comme en elle-même. Ses croyances comme ses résolutions obtenues avec un effort inouï n'ont aucune solidité. Elle part en se croyant décidée, un petit faux pas, et « crac, cela casse dans sa tête, la résolution ou la croyance ont disparu, la voici de nouveau dans l'hésitation et dans le doute. » Elle est incapable de rien terminer. Quand elle approche de la fin d'un ouvrage de tapisserie, elle le défait comme Pénélope, afin de ne pas avoir fini ; il lui semble qu'elle n'a pas le droit de finir les choses. Elle n'achève d'ailleurs aucun sentiment, ne s'intéresse plus à ses enfants, et reste fort indifférente à tout ce qu'on lui dit.

Un symptôme intéressant est le trouble du sens du temps : elle a toujours été une femme inexacte, aujourd'hui son indifférence pour l'heure dépasse les bornes, elle laisse s'écouler des journées entières sans s'en apercevoir : « Cela a passé comme une minute, dit-elle, j'attendais qu'il fût neuf heures du matin, le soir vient, je ne sais pas pourquoi ; je suis comme une bête qui n'a pas le sentiment du temps. » Il faudrait insister sur le sentiment de la personnalité, elle répète tout le temps qu'elle n'est plus elle-même. « J'ai senti, dit-elle, qu'il y avait quelque chose de cassé dans ma tête, quelque chose de parti tout à fait, je ne vivrai plus de ma vie, je n'existe plus au fond, je ne peux pas retrouver le fil de mon existence, je suis comme un papillon, je ne puis me poser nulle part. » Et quand elle va un peu mieux : « Je reprends une existence quelconque, si vous voulez, mais je ne suis

plus la personne d'autrefois, on ne peut plus refaire ce qui n'est plus. La vie que je vis ne produira pas de résultat réel ; moralement je ne suis plus là. Il y a quelque chose de brisé d'une manière irréparable. » Ce sont là des troubles bien connus de la dépersonnalisation avec perte du sens du réel ; le sentiment morbide porte principalement ici sur les faits psychologiques.

Tous ces symptômes ont-ils un rapport quelconque avec la blanchisseuse ? Dans l'esprit de la malade, oui. Elle explique tout cela en disant qu'elle s'est mal conduite et qu'elle n'a plus le droit de vivre comme les autres. Mais pour nous qui avons vu les mêmes symptômes une centaine de fois, sans qu'il fût aucunement question ni de blanchisseuse ni de mauvaise conduite, nous pouvons ne pas partager son opinion.

Pour nous, tous ces symptômes se sont développés graduellement sur un terrain prédisposé : de grandes tristesses dans la jeunesse, trois accouchements, le dernier allaitement, des difficultés du ménage ont abaissé fort au-dessous du niveau normal un esprit déjà très peu résistant. D'ailleurs, la famille convient qu'elle était malade avant l'accident de la blanchisseuse ; peut-être même cette aventure, qui témoigne d'une oscillation de la volonté, était-elle déjà un symptôme. Il se peut que cette petite histoire avec les ennuis qu'elle a occasionnés ait ajouté une émotion nouvelle et ait eu également une influence dépressive ; mais c'est simplement la goutte d'eau qui a fait déborder le vase. Si on voulait résumer par une idée cette maladie de dépersonnalisation, on pourrait prendre n'importe quel souvenir de sa vie : la malade a choisi presque au hasard le dernier incident qui l'a impressionnée. Elle trouve qu'il correspond bien à son état, parce qu'elle a des sentiments pathologiques qui sont d'accord avec cette idée. Elle se sent changée, gênée dans ses actes, d'où l'idée d'obligation ; elle se sent inquiète, d'où l'idée de châtiment, de culpabilité ; elle se sent incapable de liquider une situation, d'où l'idée de lien perpétuel, etc. Le remords de la blanchisseuse n'est qu'une expression qui se représente perpétuellement à son esprit, tant qu'elle éprouve les mêmes sentiments fondamentaux.

Observation 210. — **Obsession de remords, crimes génitaux.**

Parmi les remords les plus fréquents se placent naturellement

les remords d'une conduite immorale au point de vue sexuel, surtout chez les femmes qui en sont naturellement plus préoccupées. On est surpris des constructions imaginaires auxquelles elles parviennent.

Voici une fille de 32 ans, Pr..., qui est vierge, qui a toujours eu une telle timidité, une telle exagération de la pudeur qu'elle n'a jamais été exposée au moindre danger. Eh bien, elle se reproche jour et nuit d'avoir pratiqué des manœuvres pour se faire avorter.

Comment en venir à une pareille idée ? Elle a toujours été une craintive au point de vue génital, et elle est devenue plus timide encore à la suite d'une pleurésie il y a quelques années. Il y a quelques mois elle fut effrayée dans un couloir sombre par un domestique qui la bouscula un peu. Cette émotion lui fit du mal, il lui resta dans la tête une impression d'étrange, depuis il lui sembla qu'elle n'était plus naturelle, qu'elle n'avait plus sa volonté, et elle s'est mise « à discuter en dedans comme s'il y avait en elle deux personnes ». Elle s'interrogeait sur cet homme, sur ce qu'il avait bien pu faire, et commença à se demander s'il ne l'avait fécondée en la touchant ; puis de ruminations en ruminations, comme les signes de la grossesse ne venaient pas, elle se demanda si elle ne s'était pas fait avorter, et maintenant la rumination sous forme d'interrogation s'est localisée sur ce problème. Les obsessions de remords viennent surtout chez les malades qui ont des ruminations : leur mécontentement d'eux-mêmes s'exprimant sous forme d'interrogation donne naissance à l'idée d'une faute dans le passé.

Observation 211. — **Osbession du remords.** — *Manies de l'interrogation, crises d'aboulie.*

Nous voudrions vous dire quelques mots de cette pauvre dame parce qu'il s'agit de troubles de l'esprit très fréquents et très curieux.

Cette dame âgée de 30 ans, Kl..., se plaint d'être tourmentée par des obsessions qui ne lui laissent aucune trêve. Quand ces idées l'envahissent, elle sent partout dans son corps comme une faiblesse, ses jambes sont fatiguées comme si on les avait battues ; elle sent comme une volonté étrangère qui s'empare d'elle, et la

voici incapable de faire aucun travail, de poursuivre aucune idée autre que celle qui s'impose à elle. Cette idée lui donne des terreurs inouïes et des sortes de crises de nerfs dans lesquelles elle se débat pendant des heures. Notez que ces tourments durent déjà depuis quatre ans et qu'ils ont été précédés par une autre idée fixe qui avait déterminé des souffrances semblables pendant six ans. Voilà donc bien des années que cette pauvre femme est horriblement malheureuse.

Maintenant que la malade est sortie, nous pouvons vous dire qu'elle est l'idée qui la tourmente. Elle est obsédée par la pensée que son enfant n'est pas le fils de son mari. Elle cherche toutes les raisons qui peuvent la convaincre, elle calcule les dates, elle cherche des ressemblances dans le visage de l'enfant, elle se répète cent fois que l'enfant a sur la cuisse un signe noir comme son mari : rien n'arrive à la rassurer. Elle n'a pas la force de pousser le raisonnement jusqu'à la conviction, et n'a pas non plus le courage de renoncer au problème, et de se dire que la chose lui est indifférente.

L'idée précédente qui l'a obsédée pendant six ans avant celle-ci était en apparence toute différente. Pendant une grossesse elle avait entendu parler d'un homme qui s'était pendu et elle restait obsédée par l'idée de ce pendu.

On se tromperait, croyons-nous, si l'on s'en tenait à cette expression de ces deux idées, on n'en comprendrait pas la véritable nature. Quand elle s'interroge sur l'enfant, Kl... a quelque raison de le faire, car pendant la grossesse elle a maintes fois songé à tromper son mari. Nous ne le lui reprochons pas, car elle l'a fait presque involontairement pour chercher un appui au moment où elle était tourmentée par l'idée du pendu. Cette idée de pendu elle-même cachait une autre pensée, la peur de se laisser aller à en faire autant, la peur de se pendre elle-même. Ces deux idées sont donc au fond celles-ci : le remords perpétuel d'avoir trompé son mari, la peur de se pendre. Il est intéressant de remarquer que ce sont deux idées obsédantes *portant sur des actes du sujet* et sur *des actes mauvais*. Ce sont là des obsessions toutes spéciales.

Les obsessions de ce genre qui présentent sans cesse à l'esprit du sujet le souvenir ou la représentation des actes mauvais qu'il a pu faire ou qu'il pourrait faire ont presque toujours des carac-

tères qui leur sont propres. Elles sont constituées par des idées qui n'arrivent jamais à être complètes, c'est-à-dire qui ne déterminent jamais, quoi qu'en dise le sujet, ni acte réel, ni hallucinations, ni délire. Cette malade, Kl..., dit qu'elle se sentait poussée à se pendre, mais en réalité elle ne s'est jamais pendue et n'a même jamais fait une tentative de suicide qui fût sérieuse ; elle dit qu'elle croit voir un pendu, elle soutient que « c'est comme si elle le voyait », mais en définitive elle ne le voyait pas réellement et elle finit par en convenir. Elle délire si peu à propos de son enfant qu'elle a réussi à cacher au mari ses préoccupations. Ces idées étant incomplètes ne sont jamais achevées ni dans un sens, ni dans un autre. Le sujet n'arrive ni à les accepter, ni à les repousser. Il doute, il hésite, il interroge continuellement. Pour repousser ces idées, le malade invente des procédés, des sortes d'exorcismes qu'il répète sans cesse et il se perd dans d'interminables discussions qu'on a assez bien appelées des ruminations psychiques. En un mot ces idées constituent le *délire du scrupule.*

D'où viennent des idées ayant de tels caractères ? Nous sommes disposés à croire qu'il ne s'agit pas d'une idée déterminée par les circonstances extérieures semblable à une suggestion imposée à une hystérique, mais qu'il s'agit plutôt d'idées en quelque sorte intérieures, c'est-à-dire qui sortent du fond même de l'esprit du sujet qui en sont simplement l'expression. Remarquez, en effet, que, en dehors de ces obsessions, cette femme a un état d'esprit spécial : en un mot c'est une inquiète, inquiète de tout et se tourmentant de tout, craignant tout. Ces inquiétudes se rattachent à une volonté très faible qui ne sait se décider à rien, ni prendre son parti de rien. Le fond de l'état mental et de la maladie elle-même, c'est l'aboulie.

Mais il y a quelque chose qui distingue ces malades des abouliques ordinaires. C'est qu'ils ont conscience de leur aboulie, s'en inquiètent, s'en effrayent, en souffrent de mille manières. Leurs idées fixes que l'on pourrait appeler *endogènes* par opposition aux idées fixes *exogènes* des hystériques ne viennent pas du dehors, mais du dedans, elles sont l'expression de cette inquiétude générale.

Ce sont là des remarques que nous avons l'occasion de faire à propos de beaucoup de malades. Il faut particulièrement remarquer la façon dont les crises d'obsession évoluent chez cette personne ; il y a très nettement chez elle une modification de

tout l'état mental qui précède l'obsession de plusieurs jours La malade se sent engourdie, se trouve drôle « comme si elle était enveloppée par quelque chose qui n'était plus moi », elle prévoit qu'elle va avoir l'obsession, elle la redoute, mais elle ne l'a pas encore. On dirait vraiment l'abaissement mental des épileptiques sans aucune idée fixe. L'indécision et le besoin d'interrogation se manifestent peu à peu de plus en plus, et alors automatiquement elle reprend son interrogation habituelle sur la naissance de l'enfant ; mais l'obsession proprement dite ne recommence que vingt-quatre ou quarante-huit heures après le début véritable de la crise.

Il y a lieu de remarquer qu'il en est ainsi chez beaucoup de malades : les obsessions se développent au milieu d'une crise spéciale constituée par des troubles physiques et moraux, crise qui interrompt l'état normal. Quand les parents ont l'habitude de l'observation, ils nous disent très bien que les malades changent, « qu'ils ont comme une indigestion qui les abat et leur donne la langue blanche, ...qu'ils deviennent sombres, tristes, paresseux, hésitants, inquiets », quelque temps avant de reprendre leur obsession. Le mari d'une de ces malades nous disait même que, dans ces moments, sa femme « changeait de vocabulaire », c'est-à-dire que sa conversation changeait de niveau, devenait plus basse, plus canaille, et qu'il reconnaissait à ce signe l'imminence d'une crise d'obsessions. A la fin de la crise également, on voit les obsessions proprement dites disparaître d'abord, mais les troubles du caractère et de la santé physique persistent encore quelque temps ; puis ceux-ci s'effacent à leur tour et le malade revenu à son état normal s'étonne des troubles qu'il a ressentis et il ne comprend plus comment il était si tourmenté par des idées qui lui paraissent maintenant tout à fait insignifiantes. Cette évolution de la maladie procédant ainsi par crises très nettes parfaitement séparées les unes des autres, n'est pas aussi caractéristique chez tous les sujets ; bientôt les crises se rapprochent, deviennent subintrantes et l'état d'obsession semble à peu près continu. Mais il est intéressant d'étudier les malades qui comme Kl... ont des crises nettes. On voit alors beaucoup mieux comment l'obsession dépend d'un état mental sous-jacent, comment elle ne survient qu'après cette chute de la tension nerveuse et de la tension psychologique dont nous avons montré la nature et l'importance dans nos premières leçons.

Ce qui modifie l'obsession, ce sont évidemment les circonstances qui agissent contre l'engourdissement général, caractéristique de cette crise : tout changement, toute émotion et particulièrement l'excitation génitale chez Kl..., relèvent plus ou moins définitivement le niveau mental et « dès qu'on se sent plus fort, remarque la malade elle-même, les idées s'en vont ». Comme il arrive quelquefois, les règles la guérissent momentanément par la petite excitation qu'elles déterminent, mais il y a rechute grave le lendemain de la fin des règles, c'est toujours l'état général de la tension nerveuse qui est capital.

Dans le traitement de cette malade nous voulons vous signaler un phénomène bizarre que nous n'avons nettement observé que deux ou trois fois. Kl... arrive assez facilement à devenir suggestible et hypnotisable ; on utilise cette disposition pour remonter son niveau mental et détruire l'obsession et l'on réussit ainsi beaucoup plus facilement que chez d'autres malades non hypnotisables. Mais à mesure que l'obsession et l'état psychasthénique disparaissent, elle présente des symptômes inattendus : la voici qui devient nettement anesthésique du côté droit et qui a des phénomènes de contracture. Elle prétend qu'elle a été ainsi autrefois, ce serait en somme un état mental hystérique qui alterne avec le précédent, qui remplace l'état mental psychasthénique[1]. Ce rapprochement de la maladie de Kl..., des formes ordinaires de l'hystérie montre en tout cas qu'il s'agit de troubles mentaux beaucoup plus faciles à modifier et d'un état plus facilement curable. En effet, un premier traitement a déterminé la guérison pour plus de six mois et quoiqu'il y ait maintenant une rechute, nous espérons parvenir rapidement à la débarrasser de son obsession.

Observation 212. — **Délire rétrospectif, obsession de remords.** *Antécédents héréditaires, obsessions amoureuses, début de systématisation.*

L'histoire de ce malade, New..., âgé de 30 ans, serait assez

1. L'un de nous a déjà signalé un fait analogue dans l'observation d'une malade aboulique et obsédée traitée par la suggestion hypnotique, Marcelle (*Névroses et idées fixes*), 1898, I, p. 58. C'est un phénomène assez rare dont l'étude est intéressante pour expliquer les rapports entre l'état mental psychasthénique et l'état mental hystérique.

banale si elle ne retenait l'attention par un petit détail. Ce jeune homme obsédé présente du délire rétrospectif. Vous savez ce que signifie ce mot : certains malades ne se bornent pas à transformer par leurs rêves les perceptions présentes et à comprendre les choses actuelles autrement qu'elles ne sont. Ils cherchent également à interpréter leurs souvenirs. Ils les arrangent et les transforment suivant leurs conceptions actuelles. Ce qui fait qu'ils présentent de leur vie passée un tableau tout à fait arbitraire, le délire se reporte en arrière : il est rétrospectif. Ce caractère est surtout bien connu dans le délire de persécution : des malades qui n'ont jamais pensé aux persécutions avant l'âge de quarante ans vous soutiennent maintenant qu'ils ont été persécutés dès l'âge de dix ans et interprètent dans ce sens tout ce qui s'est passé dans leur enfance. Ce fait n'est pas propre au délire de Lasègue. Il appartient à tous les délires systématisés quand les malades coordonnent leurs pensées délirantes autour d'un centre; il peut exister dans toutes les idées fixes, à la condition qu'il y ait une tendance à la systématisation, ce qui indique toujours un pronostic plus grave.

Ce garçon, d'un famille très suspecte (père alcoolique, oncle suicidé, mère obsessions mélancoliques), le seul survivant de huit garçons, les autres étant morts très jeunes) a toujours été un déséquilibré, méticuleux, scrupuleux, obsédé pour un rien. Il a eu surtout deux périodes de passion amoureuse à forme de véritable obsession, ce qui ne l'a pas empêché d'être un ouvrier sculpteur très intelligent et de réussir fort bien. Depuis l'année dernière, il s'est mis en tête une idée absurde qui s'est développée à propos de quelque racontar d'atelier. Il croit qu'on l'accuse d'avoir des mœurs inavouables et qu'on lui jette à la tête toutes sortes de mots grossiers. C'est à ce propos qu'il examine sa vie, qu'il évoque de vieux souvenirs de son séjour à l'école chez les Frères. Toutes les complaisances qu'on a eues pour lui, toutes les affections que ses maîtres ont pu lui témoigner, il les traduit à sa manière en s'imaginant qu'on a abusé de lui.

Il y a là évidemment une certaine systématisation dans un délire qui se rapproche de la persécution. Il ne s'agit d'ailleurs pas de délire complet, car le malade doute encore de la réalité de cette persécution dirigée contre lui. La systématisation, ce qui est assez curieux, se surajoute ici à une simple obsession. Espérons, vu son caractère antérieur, qu'il changera cette obses

sion; si elle se développait longuement dans le même sens, elle ne tardererait pas à aboutir à une forme du délire de la persécution.

Observation 213. — **Remords et scrupules génitaux.** — *Le mariage des scrupuleux.*

Cette malade, Lo..., âgée de 26 ans, nous donne l'occasion de vous signaler un problème qui intéresse vivement les médecins, celui du mariage de tous ces scrupuleux que nous venons de voir. Voyez les faits et tirez-en une instruction. La grand'mère fut une bizarre, probablement une obsédée, la mère est une hypocondriaque, la jeune fille eut l'évolution que nous connaissons bien. Aboulique, rêveuse, vivant dans les espaces et non dans les choses de ce monde, sans volonté et sans attention; elle eut tous les petits scrupules que l'on peut imaginer, des manies mentales d'interrogation et des phobies variées. Naturellement, tous les membres de la famille, nous n'osons pas dire tous les médecins, répétèrent que pour guérir tout cela, il n'y avait qu'à la marier. Théoriquement ce n'est pas absurde, l'excitation génitale est très favorable à quelques-unes de ces malades et les soucis du ménage peuvent leur être utiles; mais il faut qu'elles arrivent à sentir les unes et qu'elles aient assez de volonté pour s'occuper des autres: il y a là un aléa énorme.

Lo... fut fiancée, et elle se trouva très flattée de cette dignité. La nouveauté de la situation, les flatteries, les cadeaux, l'excitèrent considérablement: pendant tout le temps des fiançailles elle fut admirable, on la trouvait transfigurée. Immédiatement après la cérémonie, tout retomba. Terreur des rapports génitaux, insensibilité absolue, puis scrupules énormes, ruminations sur les fautes du mari et sur les siennes, agitation, angoisse perpétuelle, etc., voilà tout le résumé de la lune de miel. Elle fait si bien qu'elle épouvante le mari. Celui-ci, qui n'a pas la vocation d'un aliéniste, ne trouve pas du tout que cet état soit intéressant; il n'a pas la pratique des scrupuleux, aussi commet-il des maladresses. Il essaye de la secouer et il ne parvient qu'à augmenter l'angoisse et les scrupules. Après trois mois de mariage, il s'en va de la maison conjugale en déclarant qu'il est incapable de vivre plus longtemps avec une femme pareille. Séparation, divorce, et la

jeune femme reste seule, absolument délirante, tourmentée par toutes les obsessions de remords et infiniment plus malade qu'auparavant. Félicitons-nous qu'elle ne soit pas enceinte.

Vous voyez à quoi peut aboutir ce beau zèle pour marier les psychasthéniques. Quand on songe aux dangers immédiats que court le malade, puis à la belle postérité qu'il a des chances d'avoir, on est disposé à se montrer infiniment plus réservé dans l'emploi de cette prétendue méthode curative.

Observation 214. — **Obsession du remords.** — *Idée d'homicide, ruminations mentales, manie des extrêmes, manie de l'interrogation.*

Ce cas présente un début assez net qui peut nous instruire sur la pathogénie des obsessions. Cette jeune femme de 30 ans, Ger..., est d'une famille légèrement prédisposée, le père et la mère sont des nerveux impressionnables, mais ne semblent pas avoir eu d'accidents caractéristiques. Elle a eu un développement lent, les règles ne sont venues qu'à 16 ans et elle était toujours maladive. D'un caractère faible, timide et rêveuse, elle se laissait conduire très facilement, mais ne montrait pas de troubles sérieux en dehors d'une grande lenteur et d'un état de distraction qui la faisait passer pour moins intelligente qu'elle ne l'était en réalité. Elle se maria à vingt-six ans ; elle eut un enfant, sans qu'il y ait eu aucun accident mental à noter. Deux ans après son mariage, elle est obligée d'accepter que sa belle-mère vienne demeurer avec elle. C'était pour elle une chose très pénible, car elle n'aimait pas du tout cette vieille femme ; mais comme toujours elle ne sut pas résister et se laissa imposer cette charge qu'elle redoutait. Deux années pénibles s'ensuivirent, elle était absolument annihilée et perdait le peu d'initiative qu'elle avait reconquise après son mariage. Elle devenait plus molle et surtout plus triste qu'auparavant, mais elle attribuait cette tristesse à une situation pénible et ne s'en préoccupait pas.

La belle-mère était malade, atteinte de troubles cardiaques. Un soir, elle se trouva mal à son aise et força son fils à descendre chercher un médecin. Restée seule avec sa bru, elle gémit un peu, demanda à se lever, sortit de son lit, appuyée sur l'épaule de la jeune femme ; là brusquement, probablement dans une syncope

cardiaque, elle expira. Quand le mari revint une demi-heure après, il trouva sa femme toujours debout au milieu de la pièce, n'ayant pas osé faire le moindre mouvement et soutenant toujours le cadavre. Nous disons que le cas est curieux par la netteté de cette grande émotion initiale.

Les jours suivants, Ger... n'eut aucun accident, ne se plaignit de rien et, détail à noter, dormit parfaitement, plus fort même et plus longtemps que de coutume. Mais on ne tarda pas à s'apercevoir d'un changement de caractère et d'une série de bizarreries. D'abord, elle refusa avec entêtement de toucher à aucun vêtement, à aucun objet ayant appartenu à sa belle-mère ; il fallut tout enlever de l'appartement sans qu'elle s'en occupât, puis elle cessa de travailler et devint graduellement incapable de faire le ménage, de faire le dîner. Le mari la retrouvait debout sur le palier de l'escalier, avec un air vague ; elle prétendait qu'elle allait sortir pour préparer le dîner. Mais le mari apprenait avec étonnement qu'elle était restée là debout pendant plusieurs heures. Puis on remarqua qu'elle prenait en grippe sa petite fille et ne voulait plus la soigner, elle exprima même le désir que l'enfant fût éloignée et confiée à une parente.

Cependant, elle ne donnait toujours aucune explication de son état ; elle resta ainsi dix-huit mois sans laisser deviner par personne ce qui la tourmentait. Il en est ainsi de tous nos scrupuleux, il y a toujours dans leur maladie une première période, quelquefois très longue, dans laquelle ils ont honte de leur maladie et la cachent soigneusement. Ce sentiment n'est pas mauvais, il contribue certainement à les retenir et à leur faire faire des efforts ; la maladie est toujours plus grave quand la seconde période a commencé par l'aveu de leurs idées.

Ger... se mit en effet après dix-huit mois à commettre des actions plus absurdes ; elle était de plus en plus triste et sombre, on l'entendait parler toute seule, elle refusait de manger, elle ne voulait plus prendre aucun soin de sa personne, elle maigrissait beaucoup et devenait visiblement malade. Enfin elle fit une tentative puérile de suicide en avalant une partie d'un flacon de perchlorure de fer. A ce moment, le mari jugea indispensable de la soigner sérieusement et voulut faire venir auprès d'elle sa propre sœur, pour lui servir de garde. Quand on lui annonça cette nouvelle, et surtout quand la jeune fille arriva, Ger... parut avoir un accès de délire, elle repoussa sa belle-sœur

avec fureur, en disant « qu'elle ne se laisserait jamais soigner par elle, que son crime rendait absolument impossible de pareils soins,.. C'était elle qui avait tué sa belle-mère, elle ne pouvait pas maintenant accepter les soins de la fille de sa victime ». Le secret une fois lâché, elle se mit à bavarder indéfiniment sur ce prétendu crime qu'elle avait commis. Elle avait eu, disait-elle, la belle-mère en horreur, elle avait souhaité sa mort, elle l'avait tuée sans trop savoir comment, probablement en lui laissant le nez appuyé sur son épaule pour qu'elle ne pût pas respirer. Du moment qu'elle avait tué cette vieille femme, elle était capable de tout, elle voulait aussi tuer sa fille, c'est pour cela qu'il avait fallu l'éloigner, et d'ailleurs sa fille ne méritait-elle pas la mort, fille d'une mère coupable elle serait bientôt coupable comme elle. On parvint difficilement à la calmer, elle finit par accepter sa belle-sœur comme garde-malade, quand celle-ci eut déclaré qu'elle lui pardonnait tous les crimes possibles. Mais elle continua à faire ses divagations ou plutôt ses ruminations tout haut.

En effet, le symptôme principal de cette curieuse malade, ce sont presque uniquement des ruminations mentales. Au fond, Ger... est assez calme, surtout depuis la scène de l'aveu ; elle reste presque toujours assise ou debout, presque immobile. Elle n'a pas non plus beaucoup d'angoisses bien visibles, son mari et sa belle-sœur nous affirment qu'elle respire toujours très tranquillement même quand elle raconte des horreurs, elle ne se plaint pas d'étouffer et elle souffre, dit-elle, plutôt moralement que physiquement. Sa maladie est surtout intellectuelle, elle consiste à remplacer tous les phénomènes psychologiques normaux par de la rumination. Ger... ne se décide à rien, elle reste en suspens devant la pensée de brosser un habit ou de chercher du bouillon, elle n'accomplit rien d'ailleurs, l'action même commencée ne s'achève jamais. Elle ne fixe l'attention sur rien. A moins qu'on ne lui parle de son histoire de meurtre, elle ne vous écoute jamais ; veut-on lui faire lire le journal, elle ne peut jamais aller au delà de la troisième ligne, et elle ne sait jamais de quoi il s'agit. Il est important de remarquer qu'elle ne s'émotionne pas non plus, elle ne paraît plus aimer ni le mari, ni l'enfant. On nous faisait remarquer un détail curieux : nous l'avons fait attendre dans le musée où sont de nombreux squelettes, il paraît qu'autrefois on n'aurait jamais pu l'y faire entrer. Ce n'est pas qu'elle n'ait pas vu les ossements, nous l'avons forcée à les regarder, et elle nous a même répondu :

« Autrefois cela m'aurait fait peur », et en réalité cela ne lui a rien fait du tout, l'émotion a avorté. Vous voyez donc qu'aucun phénomène psychologique ne se développe, et n'arrive à sa conclusion. Ils s'arrêtent tous après un très petit début, il est intéressant de remarquer que ce début suffit pour lui laisser l'air intelligent. Cette femme ne semble pas une sotte, elle répond aux questions, elle a vu ce que sont les choses, elle sait l'action qu'il y aurait à faire, mais elle parle de tout cela d'une manière abstraite, en disant que toutes les choses sont drôles et la laissent indifférente. L'intelligence abstraite est le plus bas degré de la pensée, elle subsiste quand tous les degrés supérieurs, la volonté, l'attention, le sentiment du présent, qui constitue la fonction du réel ont disparu.

Mais si ces phénomènes parfaits ne s'accomplissent pas, il semble que l'excitation se dépense à autre chose : tout est remplacé par un travail purement intellectuel, mais d'ordre très inférieur. Ce travail se présente sous plusieurs formes, le plus souvent sous forme d'interrogations. Elle s'interroge sur tout : « Est-elle coupable ? la belle-mère était-elle mauvaise ? Est-ce que l'hérédité rend sa petite fille coupable ? Est-ce que son mari participe à son crime ? Y a-t-il un enfer pour eux tous ? etc. » Remarquez qu'en effet elle n'a aucune certitude du prétendu remords, elle fait semblant de l'affirmer, quand elle cherche à expliquer sa conduite, mais elle ne peut s'empêcher de rire à la pensée de ce crime imaginaire, elle dira très bien qu'elle est idiote de penser à cela.

Elle doute constamment de ce crime, comme elle doute d'ailleurs de tous les faits possibles et avec une patience qui semble extraordinaire, elle accumule les documents pour ou contre, elle s'interroge sur tous les gestes de la belle-mère, sur toutes les positions qu'elle a pu prendre elle-même dans cette soirée fatale, elle n'arrive jamais à une conclusion. Au commencement, elle interrompait l'interrogation quand elle en avait assez ou plutôt quand l'excitation déterminée par le phénomène commencé et non achevé était épuisée, maintenant, il semble qu'elle ne s'arrête jamais ou qu'elle ne se calme que très rarement.

Une deuxième forme de ses ruminations ce sont les présages, les serments, les pactes. « Je serais sauvée si je vais à la messe trois dimanches de suite sans fête intermédiaire. » Ce sont des « si » à n'en plus finir. Vous connaissez bien ce genre de manies mentales. Elle a aussi à un très fort degré la manie de l'asso-

ciation des idées ; comme beaucoup de ces malades, elle prétend que tous les objets, toutes les paroles lui rappellent la mort de la belle-mère et elle invente à ce propos les liaisons d'idées les plus saugrenues. Ne dit-elle pas « qu'on a eu tort de prononcer devant elle le nombre 6 parce que 6 multiplié par 10 plus 2 fait 62, ce qui était l'âge de la belle-mère. » Nous avons déjà eu l'occasion de vous faire observer que cela ne nous paraît pas être une véritable association d'idées : à notre avis il n'est pas vrai que ce soit le mot six qui ait éveillé la pensée de la belle-mère. La malade avait déjà l'esprit fixé sur cette pensée et elle a la manie de chercher une relation quelconque entre cette pensée préexistante et tous les mots qu'on prononce devant elle. Elle a aussi une manie bien curieuse, dont il faut vous dire deux mots parce qu'elle va prendre de l'importance chez d'autres malades. C'est la manie de l'extrême, qui est une forme de la manie bien connue de la perfection, elle cherche constamment le comble du crime, le fameux péché radical, inexpiable, le plus grand qu'on puisse commettre ; elle ne sait pas ce que c'est, mais elle prétend tout de même qu'elle l'a commis.

Telles sont les idées qui remplissent les ruminations : ce sont des travaux intellectuels de nature abstraite, sans aucune valeur pratique, sans aucune action sur la réalité, par conséquent d'ordre très inférieur qui semblent se rattacher vaguement à la mort de la belle-mère, et qui comme nous l'avons vu se substituent à toutes les autres opérations psychologiques.

Quand on étudie la genèse de pareils troubles on répète d'ordinaire que c'est l'obsession relative à la mort de la belle-mère qui détermine les ruminations ; c'est, dit-on, parce que la malade a cette obsession qu'elle s'interroge, qu'elle cherche des présages, qu'elle fait des serments et qu'elle joue au jeu des combles. Quoique cela ait l'air d'un paradoxe, nous croyons intéressant de remarquer que l'interprétation inverse peut se soutenir. La maladie vraie c'est l'impuissance d'action, déjà préparée par le caractère antérieur et aggravée par la désagrégation mentale due à l'émotion. Cette femme a été rendue complètement aboulique par la cohabitation avec la belle-mère, puis par sa mort.

Cet état amène des dérivations qui en raison du caractère antérieur prennent la forme intellectuelle. C'est l'exagération du penchant à la rêverie qui existait déjà. Dans ces conditions, le travail mental est presque nécessairement une interrogation, l'esprit

n'arrivant pas à la réalité n'a pas le sentiment de certitude, l'agitation mentale sans certitude, c'est l'interrogation. La malade est donc portée tout naturellement à une interrogation perpétuelle. En outre, le même état de dépression lui donne, comme nous l'avons vu cent fois, le sentiment de mécontentement et de honte de soi. Interrogation avec mécontentement de soi, c'est le remords. C'est pourquoi nous voyons que toutes ces formes d'interrogation aboutissent à des remords d'une action quelconque. Il est à remarquer que dans toutes ces observations, l'obsession ne prend pas la forme impulsive ; si Gerv... était primitivement obsédée par la pensée de tuer sa belle-mère, pourquoi n'aurait-elle pas l'impulsion à l'homicide ? Elle se borne au remords parce que le fait primitif, c'est ici l'interrogation. Et dans les circonstances données, de quoi voulez-vous qu'elle ait des remords ? Elle est obligée de choisir une action grave, pour s'expliquer à elle-même une inertie et des bavardages qui durent depuis deux ans. C'est ce qui l'amène tout naturellement à prendre comme remords la mort de sa belle-mère. D'ailleurs si nous ne nous trompons, l'ordre des faits justifie notre interprétation. Ger... nous a dit elle-même qu'elle a mis plus de quinze jours à se croire coupable de ce crime, qu'elle a d'abord été troublée, puis qu'elle a ruminé et enfin qu'elle a été obsédée. Cette façon de concevoir les choses a l'avantage de mettre de l'ordre et de la liaison entre beaucoup de phénomènes.

Cette malade s'est guérie facilement en sept à huit mois de traitement ; il est à remarquer que l'obsession a été tardive puisqu'en somme elle a débuté à 28 ans, qu'elle a été déterminée par un véritable traumatisme émotionnel, ce sont les conditions qui indiquaient le meilleur pronostic.

Nous pouvons, sept ans après cette observation, ajouter un détail, cette malade que nous n'avions pas revue depuis longtemps vient de revenir. Elle a été sept ans bien portante, à peu près sans troubles : elle gardait simplement une disposition à la rêverie, qui fréquemment remplaçait l'action ; elle avait besoin de se rappeler nos ordres pour pousser l'acte jusqu'au bout et ne pas dériver vers une interrogation quelconque. Vous voyez que l'obsession étant terminée, ce qui subsistait c'était l'aboulie avec la manie de l'interrogation. On a déjà remarqué que des phobies peu-

vent se guérir en laissant subsister l'angoisse diffuse, nous voyons l'obsession disparaître en laissant subsister l'interrogation diffuse qui en était bien le point de départ. L'origine commune d'ailleurs des interrogations comme des angoisses diffuses était l'aboulie entendue comme abaissement du niveau mental.

Mais voici qu'après sept ans, sous l'influence de fatigues, l'interrogation devient de nouveau envahissante et la belle-mère reparaît un peu. Ger... vient prudemment nous avertir : il est probable que cette rechute sera facilement arrêtée à ses débuts.

Observation 215. — **Obsession du remords de l'homicide.** — *Antécédents héréditaires, troubles du caractère, faiblesse de la volonté, inquiétudes, rêveries romanesques, scrupules et manie de l'extrême.*

A propos de cet homme de 26 ans, Dk..., nous désirons revenir sur la genèse de l'obsession relative aux remords de l'homicide. Dans ce cas, cette obsession est née sans aucune espèce de provocation, sans que les circonstances extérieures aient joué aucun rôle, par suite du simple développement logique des troubles antérieurs du caractère et des manies mentales. C'est à ce point de vue seulement que cette observation présente quelque intérêt.

L'hérédité est très marquée, le grand-père maternel et la mère ont eu des accès de mélancolie anxieuse. Notre malade, depuis son enfance, a été un garçon extrêmement intelligent, très doux et sympathique à tout le monde ; mais les lacunes de la volonté et de l'attention ont amené graduellement des troubles du caractère et des maladies mentales. Il était d'une douceur ridicule, tellement il avait peur de blesser qui que ce soit et de provoquer une querelle, il a été le souffre-douleur de ses camarades dans tous les établissements où il a passé, il n'avait aucune résistance et cédait toujours tout en reconnaissant très souvent qu'il avait tort de le faire. Pour être sympathique aux autres, pour être aimé, il aurait consenti à toutes les absurdités ; aussi s'examinait-il avec grand soin pour savoir s'il n'avait fait de mal à personne, s'il n'avait pas blessé quelqu'un. Sur ce point, il était toujours inquiet et mécontent de lui-même.

Un second caractère qu'il présentait, c'était le goût absurde des rêveries romanesques ; il ne vivait jamais dans le réel, mais

toujours dans le roman et, déjà dans sa première jeunesse, quand il se considérait encore comme bien portant, il ne savait pas toujours bien distingner entre ce qu'il avait vécu et ce qu'il avait rêvé. Les craintes associées avec ces rêveries l'ont toujours tourmenté et il avait déjà pris la singulière résolution d'écrire sur un carnet tout ce qu'il faisait au cours de la journée afin de ne pas être inquiet et de ne pas oublier une sottise, capable de faire du mal à quelqu'un.

Il a fait son service militaire, et en a retiré plutôt un assez grand bénéfice, comme il arrive presque toujours aux scrupuleux ; il s'est marié, il a eu un enfant ; mais le mariage a simplement ajouté une préoccupation nouvelle, car il a peur de ne pas être assez fidèle à sa femme.

Dans ces conditions, il a été soumis l'année dernière à une préparation fatigante pour un examen difficile, il avait beaucoup de peine à fixer l'attention et à ne pas se laisser aller à des rèveries romanesques. Les chaleurs de l'été l'ont en outre accablé et bientôt il est devenu de moins en moins capable de résister aux rêveries. Sans qu'il sache à quel propos il a commencé un certain genre de rêveries qui s'est reproduit graduellement de plus en plus fort, dès qu'il essayait de fixer son esprit sur un travail mathématique pénible. Cette rêverie est celle-ci : « Est-ce qu'il ne s'est pas laissé aller à une action très coupable, celle de tuer une jolie femme habillée en bleu ». Cette rêverie est extraordinairement compliquée ; il y a des recherches sur la femme : de qui donc s'agit-il ? Sur la date : à quelle époque s'est placée cette singulière histoire ? Sur le moyen : comment l'a-t-il frappée ? « Est-ce qu'il l'a tuée lui-même ou est-ce qu'il l'a amenée au suicide en lui faisant commettre une faute, en la séparant de son mari et surtout pour quelle cause a-t-il commis un acte pareil ? » On ne se figure pas les raisonnements interminables que chacune de ces questions provoque.

Mais ce qui est terrible, c'est l'état de trouble dans lequel ces divagations le plongent. Il est incapable de rien faire, il radote toute la journée et toute la nuit, il pose maintenant ces questions à tout le monde, à sa femme et à son père. Il les menace d'aller se dénoncer au poste de police et, dans la rue, il frôle tous les agents qu'il rencontre pour leur dire de l'arrêter. Depuis peu de temps des angoisses se mêlent à la rumination.

Il nous semble que l'obsession est sortie tout naturellement

du caractère antérieur ; la rumination à forme interrogative est chez lui très ancienne et s'est développée par la fatigue de l'attention. Le mécontentement de lui-même, l'inquiétude, le besoin d'être sympathique, la crainte de faire du mal à qui que ce soit sont chez lui des caractères de l'enfance ; le romanesque qui a toujours dominé dans son esprit se retrouve dans la femme à la robe bleue, dans le prétendu suicide de cette jolie personne.

Il y a dans l'obsession actuelle rien de nouveau et il n'est pas besoin pour l'expliquer de faire intervenir aucune suggestion extérieure. Cette obsession si singulière n'est que le développement logique de tout le caractère antérieur.

Observation 216. — **Obsession du remords de l'homicide.** — *Antécédents héréditaires, fièvre typhoïde, scrupules religieux, agitations, manie de l'interrogation, manie de l'extrême, le besoin de discipline.*

L'observation de ce malade, Za..., âgé de 32 ans, semble si exactement calquée sur celle du malade précédent qu'il suffit de vous en indiquer brièvement les grandes lignes pour vous montrer la fréquence d'une évolution semblable.

Une tante maternelle a été une grande scrupuleuse, tourmentant tous les confesseurs par le récit de ses péchés invraisemblables, la mère est une rhumatisante. Le malade fut atteint de fièvre typhoïde à l'âge de quatre ans ; il est probable que cela aggrava la prédisposition héréditaire.

Les inquiétudes, les ruminations mentales se manifestent dès l'enfance entre huit et dix ans, sous une forme plutôt hypocondriaque, par des précautions contre les maladies et par des craintes de la mort. A l'âge de 12 ans, probablement à l'occasion de la première communion, le premier grand écueil des jeunes scrupuleux, il commence des scrupules moraux ; son besoin de rumination, d'examen précis, d'interrogation se porte sur les péchés dont on lui parle au catéchisme. Il recherche en lui des mauvaises pensées, et passe ses journées et ses nuits à se demander s'il avait « consenti » à telle ou telle pensée. Cette terreur du péché, et de la pensée coupable l'obsède fortement à 14 ans ; la rumination mentale ne suffit pas à la dérivation, et il donne des signes extérieurs d'agitation, se tordant les bras et les jambes, trépi-

gnant, sautant continuellement. Le médecin diagnostique, nous ne savons trop pourquoi, une danse de Saint-Guy. Le repos, le grand air et des exercices physiques le calment complètement. Nouvelle crise à dix-huit ans à propos du baccalauréat, c'est-à-dire toutes les fois qu'il faut fixer l'attention.

Il commet alors la sottise d'entrer au séminaire, toujours attiré par les spéculations morales. Cette vie retirée, loin de la réalité, ces exercices de méditation donnent une poussée énorme à la maladie. Les ruminations sur les péchés religieux, sur les crimes irrémissibles deviennent perpétuelles et il faut le renvoyer du séminaire. Il renonce à la religion, mais c'est pour tomber dans le droit ; vous voyez le genre d'études qui l'attire toujours. Les spéculations sur le crime, sur la punition ne lui sont guère plus favorables et le voici qui s'interroge pour savoir s'il a volé. Puis la manie de l'extrême le prend, et il cherche le crime le plus épouvantable qu'il puisse imaginer : assassiner des vieillards sans défense, violer et tuer une vieille femme devant une église, etc... Le moindre mot qu'il entend dire à propos de crimes énormes devient le point de départ d'une obsession ou plutôt devient l'expression nouvelle de son ancienne tendance à la honte de soi et à l'interrogation.

Il ne sent jamais l'unité de lui-même : il y a toujours en lui comme deux personnes, l'homme déraisonnable, qui invente des romans criminels, qui se représente la cour d'assises et l'échafaud, l'homme sensé qui répond que tout cela est le comble de l'absurde. La discussion continue indéfiniment et le pauvre homme n'a pas une heure de tranquillité. « C'est, dit-il, une agitation perpétuelle de l'esprit, une idée fixe s'en va, une autre paraît, celle-ci s'efface pour revenir ensuite ; j'en suis venu à surveiller mes moindres gestes, les plus involontaires imaginations pour y découvrir une pensée criminelle. Cela me procure de véritables moments de désespoir. »

Il reconnaît très bien les faits essentiels de sa maladie. « Aucune volonté, dit-il de lui-même, dégoût du travail, impossibilité de fixer mon esprit, agitation perpétuelle même de mes jambes quand je veux me forcer à faire attention, aucune puissance d'émotion, dégoût des relations avec ma femme dans lesquelles je n'ai jamais rien senti... Tout est remplacé par une manie d'interrogation poussée jusqu'à la folie. Je m'interroge sur l'évidence même : quand je me suis démontré quelque chose vingt fois,

je recommence à la discuter, et je n'en suis pas plus certain la vingt et unième fois. » C'est sur ce terrain qu'a évolué l'interrogation sur des crimes et en raison de la manie de l'extrême, le remords de l'homicide.

Le malade a reconnu que certaines circonstances ont sur lui une heureuse influence, il est bon de les noter. D'abord il a été, dit-il, mille fois mieux pendant le service militaire. « La bienfaisante influence de la vie du régiment se prolongea pendant deux ans au moins. » Or le régiment c'est surtout pour ces malades la discipline : la liberté ne leur vaut rien du tout et, moins on leur en laisse, mieux ils se portent. Il remarque aussi très bien que la vie à Paris lui est bonne et que le séjour à la campagne pendant les vacances lui est funeste, il lui faut des relations, des occupations perpétuelles, c'est-à-dire des excitations. Si on pouvait diriger avec fermeté ces malades et leur imposer des occupations constantes et réglées en excitant à chaque instant leurs sentiments et leurs émotions on arriverait à les faire vivre une existence presque normale. Malheureusement il faudrait pour parvenir à cela pouvoir se dévouer à eux perpétuellement.

CHAPITRE IV

LES OBSESSIONS DU SACRILÈGE

La manie de l'extrême est l'une des plus fréquentes que présentent les psychasthéniques, c'est une forme que prend tout naturellement leur agitation mentale sous l'influence des sentiments d'incomplétude. Quand cette manie s'applique aux obsessions criminelles, elle les transforme en les exagérant : d'un côté le crime qu'ils se représentent s'applique aux choses les plus vénérables, de l'autre il est conçu sous la forme la plus odieuse possible. C'est là le caractère général des obsessions sacrilèges qui sont toujours constituées dans la pensée du sujet par l'association ou la juxtaposition d'une idée infiniment respectable et d'une action méprisable et odieuse.

Observations 217, 218, 219. — **Obsessions des crimes religieux.** — *Angoisses et manies à propos des exercices religieux, impossibilité des actes religieux, agitation motrice et agitation mentale.*

Il est trop évident que les idées et les sentiments religieux doivent jouer un rôle considérable dans les préoccupations des scrupuleux. Nous les avons déjà rencontrés à bien des reprises, dans les manies de la perfection et de la répétition des prières, dans les angoisses causées par des confessions et des communions, dans toutes les obsessions de remords. Quand les sujets ont été pendant longtemps tourmentés par des phénomènes de ce genre, ils peuvent arriver très facilement à une interprétation religieuse de leurs troubles, interprétation qui va devenir obsédante et accompagner dorénavant les troubles les plus légers. Voici trois cas encore assez simples de ces obsessions religieuses.

Le premier, celui de cette demoiselle de 35 ans, Leb..., est le plus banal. Vous pouvez le considérer comme le type d'un très

grand nombre d'obsessions pour lesquelles vous serez consultés. Elle est malade depuis l'âge de 16 ans à peu près sans interruption ; c'était une enfant délicate d'une famille qui compte plus de tuberculeux que de névropathes. Sa mère, que vous voyez près d'elle, est une petite femme trop douce, trop timide, qui n'ose pas lever les yeux. Elle n'a jamais été troublée par des obsessions véritables, mais il est clair qu'elle a légué à sa fille le même caractère aboulique et qu'il y a là encore un cas d'évolution de la maladie à travers plusieurs générations. Les règles vinrent à 14 ans, et les sentiments d'abaissement commencèrent peu de temps après ; à 16 ans, la maladie était constituée. Elle consiste, au début, en angoisses et en manies relatives aux confessions. A la pensée de se confesser, la jeune fille devient anxieuse au moins quinze jours d'avance, elle veut s'y préparer, et pour cela faire deux choses, sentir fortement ses sentiments de foi et retrouver ses péchés. Or, l'attention ne peut arriver ni à l'une ni à l'autre opération, il lui semble qu'elle n'est pas croyante (sentiment d'incomplétude), et elle ne sent jamais qu'elle a retrouvé tous ses péchés.

En réalité, elle fait très peu d'actions religieuses à ce moment : dès qu'elle veut les faire, son esprit s'égare, l'effort religieux amène des angoisses, ou bien des recherches interminables sur des choses qui n'ont rien de religieux, comme les noms de toutes les personnes avec lesquelles elle s'est promenée. Vous voyez les dérivations viscérales et mentales. Une de ces dérivations prend une importance particulière, ce sont des excitations sexuelles suivies de masturbations auxquelles elle se sent invinciblement poussée quand elle prépare une confession. On comprend que cela ne diminue pas les remords et les scrupules; les mêmes troubles plutôt plus graves se reproduisent à propos des communions.

Il en est ainsi pendant plusieurs années, jusqu'à une seconde période qui semble s'être développée insidieusement depuis une dizaine d'années. La jeune fille ne peut pas comprendre qu'elle soit malgré elle aussi peu religieuse, et elle cherche une explication de ces fautes qu'elle se reproche tant. Il lui semble qu'elle n'est pas comme les autres femmes, que le diable l'inspire et la pousse à se conduire le plus mal au moment où elle veut être le plus religieuse. Au moment de se confesser, elle sent des impulsions à se toucher, à faire des malpropretés, à blasphémer de toutes manières. Elle en a conclu qu'il lui faut renoncer à toute

pratique religieuse, mais elle ne peut pas s'y décider : à chaque instant, elle cherche à prier, à préparer une confession pour vérifier si l'impulsion au sacrilège existe toujours, et bien entendu les mêmes tourments recommencent. Sa vie est ainsi épouvantable depuis des années.

Nous allons tâcher au moins au début du traitement de supprimer les pratiques religieuses qui sont dangereuses pour elle. Mais, à notre avis, il faudra parvenir à les rétablir peu à peu. En effet, ce n'est pas guérir un psychasthénique que de se borner à supprimer les actions qui s'accomplissent d'une manière imparfaite et à propos desquelles ont lieu les dérivations pénibles. Se borner à cette suppression, c'est plutôt favoriser la maladie, la développer : l'essentiel de la maladie c'est, en effet, cette suppression des actes, c'est à cela qu'elle aboutit naturellement dans son évolution. Les scrupules religieux aboutissent tout seuls et spontanément à l'impossibilité complète de tout acte religieux, il ne faut pas trop favoriser cette tendance en conseillant au malade la suppression complète des actes religieux ou sociaux qui provoquent les angoisses. Supprimons-les d'abord pour rendre le calme au sujet, exerçons-le au début à des actions plus simples pour lui ; puis, dès que la volonté et l'attention auront fait des progrès, exhortons-le à recommencer avec calme et confiance les exercices religieux en rapport avec son éducation et ses croyances. En un mot, un scrupuleux religieux n'est pas guéri quand il ne fait plus de confessions, mais quand il arrive à les faire sans angoisses et sans ruminations.

Cette femme de 51 ans, Xy..., présente exactement la même maladie avec cette seule différence qu'elle est plus âgée et que les troubles plus anciens semblent plus graves. Elle est dans une agitation continuelle, rouge, essoufflée, elle bavarde incessamment et on l'entend qui répète : « Va-t'en, Satan, laisse-moi, je veux être sauvée. » Les idées de sacrilège ne se présentent pas uniquement à propos des actes religieux, mais à propos des actes quelconques. Elle se croit deshonorée et damnée quand on veut lui faire mettre sa chemise ou la faire manger sa soupe. En un mot l'obsession, comme nous l'avons déjà vu dans des cas anciens, s'est généralisée et trouble toutes les actions.

Chez cet homme de 36 ans, Ki..., les obsessions sacrilèges ont

pris une forme un peu spéciale. Sa femme a présenté quelques troubles à la suite de son dernier accouchement et le médecin lui a conseillé d'éviter une nouvelle grossesse au moins pendant quelque temps. Le mari, déjà scrupuleux depuis longtemps bien entendu, a été épouvanté : il s'est posé le problème religieux bien connu : « Est-il permis d'avoir avec sa femme des rapports qui n'ont pas la conception comme but? » Voici dix mois qu'il médite sur ce problème sans arriver à une solution. Mais à ce propos, il se demande s'il n'a pas accompli, sans y prendre garde, une foule de sacrilèges. Il recherche tous les actes de sa vie et surtout les actes sexuels pour les examiner au point de vue religieux, et y découvrir une foule de sacrilèges.

Le malade : « Je vis éternellement avec cette idée de péché, de crime contre nature, de mort, d'enfer; je sais bien que je suis à peu près un honnête homme, et cependant je pense toujours que je suis damné, que j'ai mérité mille fois un enfer épouvantable, un enfer spécial pour moi tout seul, plus cruel que pour les autres. Cette discussion est épouvantable, elle m'enlève toutes les forces pour me bien conduire et je ne pourrai plus résister aux tentations sacrilèges qui m'obsèdent continuellement... C'est un peu fort, je ne crois pas à l'enfer, et je suis tourmenté par la peur de l'enfer bien plus que les gens qui y croient. Je voudrais bien savoir une bonne fois si je suis religieux ou si je ne le suis pas... »

Vous remarquez ici le développement de la manie de l'interrogation et en général le développement des manies mentales, aussi il est intéressant d'observer que l'obsession du sacrilège se présente plutôt sous la forme de remords que sous la forme d'impulsions proprement dites ; c'est une règle assez générale que nous avons souvent constatée.

De ces trois malades, il y en a deux dont nous pouvons vous donner de bonnes nouvelles. L'homme aux ruminations métaphysiques s'est amélioré facilement, il a été très frappé des explications que nous avons données devant lui ; en général, ce genre de malades tire profit des explications que l'on donne sur leur mal. Ils comprennent mieux ce qu'il y a de pathologique dans leurs idées, dans quel sens doivent être dirigés leurs efforts. Il a fait très vite des progrès.

La jeune fille de 35 ans, Leb..., après trois mois de soins, va

réellement beaucoup mieux, à la condition de supprimer encore à peu près complètement tous les exercices religieux, ce qui n'est évidemment qu'une guérison toute relative.

Quant à la troisième malade, Xy..., son agitation a augmenté et elle a dû être envoyée dans un établissement spécial.

Observation 220. — **Obsession de l'envoûtement.** — *Dysesthésies, interprétations délirantes, folie communiquée.*

Deux mots seulement sur cette brave femme, victime d'un malheur autrefois très commun et aujourd'hui heureusement devenu beaucoup plus rare. On pourrait dire qu'elle nous présente le type d'une ancienne souffrance que l'on croyait disparue : à ce titre elle mérite quelque intérêt.

Cette femme, Tbl..., âgée de 40 ans, est la victime d'une tentative *d'envoûtement* : vous allez voir que ce n'est pas une situation agréable. Depuis plus d'un an elle éprouve des tourments variés, des tremblements et des secousses dans les membres, des frissons sur la peau, mais surtout des impressions plus désagréables encore. Elle sent qu'on tire sa robe, que l'on cherche à mettre la main dans ses poches, que l'on secoue ses clefs dans sa poche. On fait remuer son lit la nuit : « Ça craquille autour de moi très fort et d'une manière très énervante ». On la pousse par l'épaule, on lui souffle sur le visage, on chuchote près d'elle, et elle n'a jamais pu voir ni soupçonner ceux qui se livraient à ces mauvaises plaisanteries.

Vous direz que c'est tout simplement un cas de délire de persécution au début, quand les différentes illusions et hallucinations sont encore vagues et peu systématisées. C'est possible, et cette femme peut en effet aboutir au délire de persécution, mais pour le moment, le cas est moins net et il ne s'agit pas du délire classique de Lasègue avec conviction, avec évolution lente et développement systématique d'un trouble du caractère.

Voici l'histoire. Cette brave femme, un peu faible d'esprit bien entendu, a été il y a dix ans dans une baraque de foire se faire tirer les cartes. On lui a dit la bonne aventure, on lui a fait voir un esprit sous la forme du buste d'un enfant et, en définitive, on lui a extorqué cent francs en la menaçant de grands malheurs si elle révélait sa sotte expédition. Remarquez, cependant, qu'elle

est restée saine d'esprit et que malgré sa mésaventure, qui la tourmentait bien un peu, elle s'est bien portée jusqu'à l'année dernière. A ce moment, elle se trouve dans une situation difficile à expliquer, remplissant les fonctions de gouvernante à tout faire auprès d'un vieux monsieur à moitié fou. Cet individu est malade et pour reconnaître son mal, il a fait venir un certain abbé, au moins suspect, qui a diagnostiqué un ensorcellement. On a cherché l'origine du sortilège, et après bien des conférences, on a constaté que c'était la domestique qui avait jeté un sort sur le patron et que ce mauvais sort venait probablement des menaces faites il y a dix ans, par la somnambule de la foire. Là-dessus, ce pauvre trio a bâti nous ne savons quelle folle histoire sur l'envoûtement. On a surchargé la pauvre femme d'amulettes pour la préserver des mauvais sorts. Elle porte suspendu au cou un triangle sacré entouré de signes cabalistiques. Elle étudie, sur le conseil de l'abbé, la prière de Charlemagne et son commentaire. Vous n'êtes plus surpris, maintenant, qu'elle se sente « agrippée par sa robe » et qu'elle entende des « craquillements ». Le patron étudie avec elle les mouvements mystérieux de la robe et ils font de la folie à deux ou à trois.

Une preuve encore qu'il s'agit bien d'une sorte d'obsession passagère chez une débile, c'est que nous avons eu facilement une influence momentanée. Après une bonne semonce, elle a brûlé le triangle et la prière de Charlemagne et a été débarrassée de tout pendant quinze jours, mais ensuite les mouvements de la robe et les craquillements ont recommencé. Nous espérons qu'après vous avoir été présentée et avoir entendu publiquement railler sa sottise elle va être débarrassée pendant un temps plus long. Nous lui conseillons de renoncer sérieusement aux somnambules, aux abbés guérisseurs de sorts et aux sortilèges, car ces envoûtements pourraient bien la conduire aux Petites Maisons.

Observation 221. — **Obsession sacrilège chez un scrupuleux.** — *Importance du contenu de l'obsession chez les psychasthéniques, représentation de l'âme dans un lieu ignoble, scrupules, manie de l'extrême.*

Vous savez que, depuis deux ans surtout, nous nous sommes beaucoup intéressés ici aux obsessions et que nous avons cherché

à vous signaler les détails intéressants à propos de chacun des cas qui se présentaient. C'est ce que nous avons encore à faire aujourd'hui à propos de ce brave garçon : en un mot, c'est un obsédé, mais son obsession soulève de très curieux problèmes de clinique et de psychologie qui sont loin d'être résolus ; quoique la question soit très délicate, nous allons tâcher de vous la faire comprendre.

En général, le contenu de l'obsession, c'est-à-dire la pensée particulière qui obsède l'esprit, n'a pas une très grande importance au point de vue du diagnostic. Que l'on soit obsédé en pensant à un incendie, ou en pensant constamment à un cadavre qu'on a vu, on est toujours purement et simplement un obsédé. L'intérêt ne consiste ordinairement que dans les circonstances qui accompagnent l'obsession. Y a-t-il oui ou non des hallucinations, du langage intérieur automatique, des impulsions au mouvement ? L'idée se présente-t-elle sous forme de crise ? Est-elle oubliée après la crise ? Y a-t-il amnésie, conscience, subconscience ? Voilà d'ordinaire les caractères intéressants et ces caractères, notez-le bien, peuvent exister tous avec n'importe quelle idée : une idée érotique, ou une idée de peur de l'incendie, ou l'obsession du choléra, peuvent aussi bien l'une ou l'autre se présenter avec ou sans hallucinations, avec ou sans amnésie, etc. Dans ces cas en général, le contenu même de l'idée ne dépend que des circonstances dans lesquelles l'individu s'est trouvé au moment où il était suggestible. Telle jeune fille que nous vous avons présentée était obsédée par la pensée d'un monsieur qu'elle a vu jouer du cornet à piston dans un bal de village et telle autre par la pensée d'un voleur qu'elle a rencontré dans la cave. Le fait de penser au cornet à piston ou au voleur transforme si peu la maladie que nous pourrions supposer un échange entre ces deux malades sans aucun inconvénient. En un mot, dans ces cas, l'existence de l'idée obsédante nous indiquait d'une manière générale la suggestibilité du sujet, mais le contenu de l'idée fixe, la représentation de tel ou tel objet ne nous apprenait pas grand'chose de plus.

Eh bien, en est-il toujours ainsi ? Non, déjà depuis longtemps des observateurs comme Lasègue, Falret, avaient montré que dans certains cas le contenu même de l'idée fixe est un symptôme de l'état d'esprit du sujet. Avoir toujours des idées de persécution ce n'est pas entièrement le résultat du hasard, comme le fait de rêver au choléra ou de rêver à un amoureux. Cela indique une

tendance particulière de l'esprit et cela peut mettre sur la voie d'une prédisposition mentale plus grave que la suggestibilité pure et simple.

Il nous semble qu'il en est de même pour certaines idées très bizarres qui, au premier abord, paraissent dues au simple hasard, mais qui se répètent toujours les mêmes chez certains malades tout à fait spéciaux. Elles nous révèlent, par leur simple contenu, des antécédents particuliers et nous amènent à un diagnostic spécial. Ces idées, pour les distinguer des autres, pourraient être désignées, faute de mieux, nous ne tenons pas au mot par un nom que proposait l'un de nous qui depuis quelque temps a eu beaucoup l'occasion de s'en occuper, nous les appellerons des *obsessions sacrilèges*.

Voici ce que nous entendons par ce mot : ce genre d'idées bien spécial consiste dans le rapprochement, l'association de deux termes, l'un infiniment respectable et profondément vénéré par le sujet, l'autre extrêmement sale, obscène et surtout particulièrement répugnant pour le sujet même. C'est, en un mot, l'accolement de ce qu'il y a de plus vénérable et de ce qu'il y a de plus honteux. Vous allez d'ailleurs tout de suite comprendre la nature de ces idées par l'exemple que vous avez sous les yeux.

Cet homme de 34 ans, On..., a, surtout depuis deux ans, une obsession qu'il trouve épouvantable, qui lui fait commettre mille absurdités et qui empoisonne sa vie, mais il n'a jamais osé en parler à personne tellement il en est honteux, tellement il trouve l'idée à la fois ridicule et monstrueuse. Dernièrement, il a vu, paraît-il, un livre que nous venions de publier sur les névroses ; il l'a feuilleté et a appris avec stupéfaction que des médecins s'intéressaient à des cas semblables et en parlaient sérieusement. De là, la bonne pensée qu'il a eue de venir se confesser : nous pouvons lui garantir une chose certaine, c'est qu'il a vu juste en comprenant qu'on ne se moquera pas de lui, qu'au contraire on le plaindra et qu'on l'aidera à se guérir.

Eh bien ! voici cette idée : Il a perdu son père et son oncle qu'il aimait extrêmement et depuis deux ans, il est obsédé par la pensée de l'âme de son père, ou de l'âme de son oncle, pensée pour lui infiniment vénérable et il l'associe constamment avec l'idée d'une chose très répugnante, les excréments des hommes. Il ne peut s'empêcher de penser à chaque instant que l'âme de son père est dans ce tas d'excréments, que l'âme de son oncle sort du derrière

de M. un tel, que ces âmes gisent au fond des cabinets et d'autres variantes sur ce joli thème.

Avant de continuer l'examen du sujet arrêtons-nous un peu sur cette idée. Un observateur superficiel va dire que c'est là une idée quelconque déterminée par le hasard des circonstances. Un homme que vous avez vu ici a trouvé une écaille de faïence dans un œuf sur le plat qu'on lui servait et, dorénavant, il est obsédé par la pensée des écailles, des épingles dans tout ce qu'il mange, association fortuite chez un suggestible, dira-t-on ? Non, ce n'est pas du tout notre opinion ; d'abord l'association est si baroque qu'elle réclame réflexion, ensuite, ce qui est plus grave, c'est que une telle idée, si elle était due au pur hasard, devrait se présenter rarement. Or, ce que ce pauvre homme ignore complètement, c'est que les malades qui viennent nous confesser des idées tout à fait semblables sont assez nombreux.

Il y a déjà presque un siècle, Esquirol racontait qu'il a observé avec stupéfaction une hallucination des plus baroques chez des jeunes filles extrêmement pudiques et religieuses. Elles étaient obsédées par la pensée et par l'image visuelle d'un membre viril souillant une hostie. Cette description d'Esquirol est encore vraie mot à mot aujourd'hui. Nous connaissons une jeune fille et une jeune femme, qui sans connaître la patiente d'Esquirol bien entendu, répètent mot à mot ce qu'elle disait. Ce sont les mêmes gémissements, le même étonnement, elles qui sont si pudiques, d'avoir une pensée pareille. Quant aux personnes qui vous racontent qu'elles ont l'idée de jeter de la boue sur les églises, de cracher sur les livres saints, qu'elles voient les chiens pisser sur l'âme de leurs parents, nous en avons une dizaine d'observations.

Nous le répétons donc, cette obsession n'est pas fortuite puisqu'elle se répète dans des circonstances si différentes. Elle indique un certain état d'esprit. Pour vous le prouver, nous allons prendre les autres symptômes qu'avaient les jeunes femmes dont nous parlons et demander à ce malade s'il les connaît. Est-ce que cette obsession existe seule chez lui ? Est-ce qu'il n'a pas l'habitude d'employer des procédés bizarres pour la chasser ? En un mot, après la manie du sacrilège, est-ce qu'il n'a pas la manie de l'exorcisme ? Nos jeunes femmes avaient des tics, des contorsions, des impulsions à faire des promesses au diable pour exorciser l'idée mauvaise. Ce brave homme nous raconte que pour chasser une pareille idée dont il a horreur, il était autre-

fois poussé à se crever les yeux, qu'aujourd'hui dès qu'il a l'idée, il faut qu'il appuie fortement la tête contre un carreau. S'il constate que le carreau n'a pas cassé, c'est que l'idée est partie, qu'elle n'est pas vraie, si le carreau cassait ce serait le contraire. Aussi il n'appuie pas bien fort. Vous voyez donc que ce malade a en même temps que son obssession sacrilège des manies mentales que nous connaissons bien et que nous avons déjà désignées sous le nom de manies de la conjuration et manies de l'interrogation du sort.

Avant l'idée sacrilège, nos autres malades avaient d'autres tourments. Elles avaient des scrupules, ne pouvaient faire aucune action de peur qu'elle ne fût mauvaise, se reprochaient tout plaisir et devaient l'expier aussitôt. Notre homme est tout surpris que l'on parle de cela. « Comment, dit-il, l'avez-vous deviné ? Voici des années qu'il est un scrupuleux, qu'il est tourmenté par la peur effrayante de mentir, la peur de se mal conduire, et surtout la peur de s'amuser. Il n'ose plus fréquenter personne, il ne peut prendre aucun plaisir complet. » Ce sont là encore des caractères que vous connaissez bien et que nous vous avons présentés comme des sentiments d'incomplétude, résultant d'ailleurs de véritables insuffisances psychologiques. Cette peur, cette gêne qu'il ressent dès qu'il essaye de s'amuser est l'expression d'un arrêt de l'émotion incapable de devenir réelle, de se mettre au niveau des circonstances présentes et réelles.

Tous ces caractères nous montrent qu'il s'agit de la même maladie, de la psychasthénie : ces idées sacrilèges sont une phase du délire du scrupule. Mais il faut se demander comment et pourquoi les psychasthéniques en arrivent si facilement à la conception de telles idées sacrilèges d'un aspect si particulier. A notre avis ces idées sont la conséquence à la fois des sentiments d'incomplétude qui poussent les malades aux obsessions de la honte et du crime et d'une manie mentale très curieuse et très fréquente chez eux, la manie de l'extrême. Ils sont incapables de s'arrêter dans aucune conception parce qu'ils n'éprouvent jamais le sentiment de la certitude de la réalité, et à force de chercher à pousser leurs idées au delà, toujours au delà, ils en arrivent aux pensées les plus extravagantes. C'est à force de penser à la moralité qu'ils finissent par se représenter le comble de l'immoral. Ils jouent pour ainsi dire au jeu des combles, et c'est ce qui fait varier légèrement leurs idées suivant leur situation et

leur milieu. Les jeunes filles mettent en jeu le membre viril et l'hostie dont les hommes ne parlent pas parce que c'est là ce qui leur semble le comble du crime. C'est cette exaspération maladive qui pousse aux aberrations de la messe noire et autres singeries, parce que ces gens-là cherchent en tout le comble de l'horreur. Pour les comprendre, il faut avoir étudié tout l'état mental du scrupuleux, ses troubles de la volonté, ses indécisions, ses sentiments d'incomplétude et ses manies mentales. Vous retrouveriez tous ces phénomènes chez ce pauvre homme On... qui est avant tout un indécis, qui ne prend son parti de rien, qui n'arrive jamais sur aucun point à une idée nette et une. Nous avons déjà fait cette étude sur beaucoup d'autres malades ; il nous suffit de vous montrer aujourd'hui comment la nature de l'idée sacrilège amène au diagnostic du délire du scrupule. Il en résulte aussi que ce n'est pas l'idée en elle-même qu'il faut traiter, mais le scrupule et le trouble de la volonté dont il dépend.

Observation 222. — **Obsession sacrilège, hallucinations érotiques.** — *Obsession de la honte de soi, sentiments d'incomplétude, tic des efforts, influence des excitations.*

Cette malade, âgée de 25 ans, est une des plus remarquables que nous ayions eu l'occasion d'examiner, nous ne pouvons que résumer son étude [1]. Le grand trouble, ou plutôt le trouble qui est aujourd'hui devenu le principal, est une obsession érotique et sacrilège qui semble se présenter sous forme d'hallucination. Par crises fréquentes, plus de cent fois par jour, prétend-elle, la malade voit subitement apparaître à sa gauche un homme tout nu ou plutôt les parties sexuelles d'un homme en train d'accomplir un acte absurde, celui de souiller une hostie consacrée. L'hallucination présente quelques variantes : il y a quelquefois plusieurs membres virils autour de l'hostie, ou bien c'est une femme qui met l'hostie sur ses parties génitales, tantôt c'est un chien qui fait ses ordures sur l'hostie, tantôt l'hostie est simplement mêlée à de la boue, à des excréments, enfin quelquefois, c'est un prêtre qui vient appliquer l'hostie sur les parties génitales de la malade

1. Cette malade a été longuement étudiée dans le premier volume de cet ouvrage sous le nom de Claire. Il suffit ici de rapprocher les principaux points de cette observation qui ont été examinés isolément dans différents chapitres.

ou sur son anus. Le caractère vraiment hallucinatoire de cette image est très contestable ; tout cela est vague, sans réalité objective : « C'est au loin, dit la malade, comme si il y avait en moi une autre personne qui verrait bien ces choses, tandis que moi je ne les vois pas bien. »

Ce qui est plus net, c'est le caractère subit de l'apparition, ou plutôt de l'idée qui surgit brusquement en même temps qu'un sentiment d'anéantissement, de perte de la conscience : « Il me semble que je meurs et cela passe très rapidement. » La description de la malade rappelle beaucoup ce qui se passe dans les vertiges épileptiques. Cette hallucination est la partie principale, le centre de tout un délire portant surtout sur la honte de soi et compliqué de mille phénomènes de tics et de manies. Il nous suffit pour l'expliquer sommairement d'en montrer l'évolution en groupant les principaux faits qui se sont montrés successivement, qui se sont réunis les uns aux autres et qui coexistent tous aujourd'hui, au moins pendant les mauvaises périodes.

Peu d'antécédents héréditaires, cependant un oncle excentrique et bizarrre, probablement alcoolique, le père goutteux, aboulique et timide. C'est encore un cas d'évolution familiale du caractère timide et scrupuleux. Enfant bien portante, très douce, très aimable, craignant toujours de mal faire, mais sans aucun trouble apparent jusqu'à la puberté, règles à 14 ans, et peu après les tourments ordinaires des psychasthéniques pour les confessions, les examens de conscience interminables, les inquiétudes horribles pour avoir omis un péché, etc. Ce qui se développe au début, c'est évidemment un état neurasthénique avec les fatigues, les troubles digestifs, qui amènent chez elle des vomissements, la constipation opiniâtre, les troubles de circulation qui lui donnent les mains et les pieds froids et gluants, le nez rouge ainsi que les oreilles. Notons qu'elle est sujette à des œdèmes des paupières et des lèvres que l'on constate fréquemment chez les arthritiques. Remarquons aussi cette dilatation énorme des pupilles qui accompagne les grands troubles et qui disparaissent avec eux. Les maux de tête ont commencé à l'âge de quinze ans, ils n'ont jamais disparu depuis dix ans, la tête paraît à la fois vide et engourdie, elle est lourde, surtout du côté droit, il y a de grandes douleurs au vertex, comme s'il y avait à cet endroit « un vide plein, un trou noir où il n'y a rien et qui se remplit de mauvaises idées comme si elles y bouillonnaient. »

L'altération principale dans la période du début et qui n'a cessé de grandir, c'est une aboulie vraiment extraordinaire : tous les actes sont devenus, même en dehors des obsessions, d'une lenteur invraisemblable. Elle remet toujours l'action d'heure en heure, de jour en jour, elle ne fait rien qu'au dernier moment, même dans les plus petites choses ; si elle veut vous dire quelque chose, elle n'arrivera jamais à le dire, si elle y arrive, qu'à la fin de la visite, quand elle voit que décidément on va la quitter. Il faut qu'on lui laisse des heures pour se préparer à parler, à manger, à aller aux cabinets. Ses actions si lentes sont arrêtées par le plus petit obstacle : tantôt elle ne fera rien parce qu'il y a du soleil, tantôt parce qu'il n'y en a pas, tout devient un prétexte à remettre l'action commencée. La fixation de l'attention est encore plus difficile peut-être et il y a une instabilité tout à fait visible qui met un décousu étrange dans sa conversation. Elle n'arrive plus à terminer non seulement aucun acte, ni aucune lecture, mais même aucune émotion ; tout reste chez elle vague et à demi achevé.

Cet engourdissement se manifeste même, ce qui est rare chez les psychasthéniques par des troubles de la sensibilité. Non seulement elle parle sans cesse du brouillard qui est constamment devant elle, du mur qui la sépare de l'extérieur, de ses membres morts, du trou qu'elle sent sous le sein gauche et où tombe sa personnalité, mais encore on constate en la mesurant à l'æsthésiomètre une certaine altération de la sensibilité tactile et surtout de la sensibilité à la douleur dans tout le côté droit. Cette anesthésie n'est pas fixe comme celle des hystériques, elle se modifie bien vite par le plus petit effort d'attention, mais enfin elle existe d'une manière assez régulière.

Ce qui s'est développé énormément, dans cette première période à l'occasion évidemment de cet engourdissement, c'est ce que nous avons appelé les sentiments d'incomplétude. Cette malade est bien remarquable quand elle raconte pour la centième fois avec désespoir qu'elle a senti vers l'âge de quinze ou seize ans « une lumière qui s'en allait tout doucement, qui s'éloignait d'elle de plus en plus, un mur qui s'élevait lentement, qui la séparait du monde extérieur et qui la séparait de ce qu'elle était jadis. Il lui a semblé que tout devenait faux, qu'elle ne pouvait plus saisir la réalité, que tout se voilait et se compliquait de plus en plus. Tout paraissait loin d'elle et triste... Le sentiment de

la volonté s'est également troublé, c'est comme si on m'avait enlevé graduellement toute ma liberté. De temps en temps, cela se dissipait, il me semblait que mes chaînes tombaient et que j'étais libre et puis cela recommençait. » L'inquiétude est devenue énorme, une appréhension continuelle sans trop savoir de quoi la tourmentait nuit et jour : « C'était l'espoir et la confiance qui me manquaient. » Cette inquiétude s'est portée sur tout : les actes, le corps, le lieu même où elle se trouvait, rien ne lui paraissait stable, tranquille, définitif; elle ne se croyait jamais bien portante dans aucun organe, et elle ne se croyait jamais bien nulle part, elle voulait toujours changer sans trouver de quiétude en aucun endroit.

Ces troubles ont semblé bientôt se localiser sur un point particulier, c'est surtout la confiance et la foi religieuse dont elle a le plus senti la diminution ; peut-être, comme nous l'avons souvent remarqué, parce que ces sentiments plus délicats que les autres sont en réalité les plus difficiles et sont altérés les premiers. Son grand tourment a été pendant des années cette diminution de la foi. Elle allait tourmenter incessamment ses parents et son confesseur en disant qu'elle perdait la foi religieuse, et en demandant qu'on lui rendît la croyance. Le prêtre s'étonnait à juste titre de sa façon de perdre la foi, il lui demandait si elle n'avait rien lu contre la religion, s'il y avait quelque chose qu'elle ne comprenait pas, un argument qu'il fallût rétorquer. La pauvre enfant n'avait pas l'ombre d'une discussion à faire, elle ne perdait pas la foi à la manière d'un philosophe qui raisonne, elle la perdait par une atonie de ses facultés psychologiques supérieures, par une diminution de la tension qui n'avait rien à voir avec l'argumentation philosophique. Au début, de temps en temps, sous des influences en apparence minimes, par un beau soleil, après un repas agréable, après une cérémonie touchante, tout remontait de niveau et la foi revenait sans preuves nouvelles bien entendu. Puis les éclipses furent plus profondes et de plus longue durée, bientôt la foi ne revint jamais complètement malgré de fréquentes oscillations, et voici dix ans que le sentiment d'incomplétude est resté perpétuel.

La malade qui décrit admirablement son état, appelle ce premier groupe de phénomènes, la première période de sa maladie, et prétend que vers l'âge de vingt ans commença une seconde période qu'elle appelle elle-même « la fuite des idées ». En réalité

c'est la période des phénomènes secondaires, des tics et des manies mentales auxquelles elle ne peut plus résister. Elle a toutes sortes de tics; mais les plus curieux, ce sont les tics d'efforts que nous n'avons jamais vus aussi remarquables. Le sentiment d'insuffisance est si pénible qu'elle invente toutes sortes de grimaces, de contorsions, d'efforts physiques pour y échapper. Elle sent qu'il y a là une faiblesse mentale, qu'il faut faire un effort pour en sortir; mais ses efforts sont uniquement symboliques et physiques. Ce sont des secousses des bras, des jambes, de la gorge, des morsures à ses mains, des changements du rythme respiratoire, et surtout d'énormes contorsions du corps. Elle en arrive à se rouler par terre, à secouer son ventre et son thorax de la manière la plus extraordinaire : il lui semble qu'il faut faire un effort ou du ventre ou du cœur, et elle se roule ainsi pendant des heures. On comprend comment des observateurs non prévenus pourraient se tromper sur le diagnostic et comment ils prendraient facilement ces contorsions pour des crises d'hystérie. A notre avis, les caractères sont tout différents ; la conservation de la conscience, et, après la crise, la conservation de la mémoire, la possession que le sujet garde de lui-même et qui lui permet de s'arrêter brusquement dès que quelqu'un entre, le caractère volontaire de ces contorsions en font un tout autre phénomène.

Ces crises d'efforts, qui en réalité se rapprochent des agitations motrices et des tics, sont très fréquentes chez les psychasthéniques et se présentent sous divers aspects. Les malades prétendent faire des efforts, ou des expiations, ou des mortifications. Une autre malade que nous étudions en ce moment, Ne..., jeune fille de 20 ans, se raidit continuellement au point de simuler des contractures, elle prend dans son lit des positions fausses, fatigantes, elle se prive de boire en mangeant, elle mange très lentement, elle grince des dents, etc., tout cela « pour faire des efforts qui sont nécessaires, pour se transformer par des mortifications ». Celle-ci a été plus loin, puisqu'elle a pris la singulière manie de se brûler la peau des bras en y versant des gouttes d'eau bouillante et de se lier les cuisses avec une ficelle très serrée. Comme les psychasthéniques, elle n'a pas l'intention de se blesser gravement, c'est accidentellement qu'elle s'est fait une brûlure trop forte. Mais elle cherche dans la douleur et dans l'effort une excitation qui la sorte de ses pénibles sentiments d'incomplétude. Ces

crises d'efforts doivent être bien connues, elles sont tout à fait caractéristiques de ces scrupuleux.

A côté de ces agitations physiques, se développent chez Claire les manies mentales : manie de la recherche, manie de retrouver exactement la même pensée à la même heure et au même endroit, manie de faire tout par ordre, et de repasser toujours par les mêmes phases avant d'arriver à un mot ou à une action nouvelle, manie de la répétition, manie du retour en arrière, qui lui fait prendre le chemin de fer en horreur et qui lui fait exiger le retour à la station précédente, manie des serments, etc., etc., il n'est pas une de ces manies à laquelle elle échappe. Les phobies sont moins développées, car en sa qualité de malade avec rumination mentale, elle a peu d'angoisse, mais il y a encore une foule d'objet, de mots, de lieux qu'elle redoute et qui provoquent particulièrement des crises d'efforts : citons simplement entre autres les cabinets d'aisance. Voilà les agitations physiques et mentales qui remplissent cette seconde période.

La malade dit très bien que peu de temps après est survenue une troisième période quand elle a eu malgré elle des idées horribles, capables de lui montrer plus clairement encore la chute profonde qu'elle avait faite. Ce sont évidemment les obsessions précises qui se sont développées à ce moment, d'abord l'obsession de la honte de soi à un degré invraisemblable, puis l'obsession sacrilège. D'après ses dires, il n'y a plus rien en elle qui soit resté à peu près présentable, elle se méprise en tout, et elle déclame contre ses sens, contre sa mémoire aussi bien que contre sa volonté et contre ses sentiments. Elle n'est plus bonne qu'à regarder et à accomplir des sacrilèges « à regarder les parties de Dieu sous le voile qui cache le Christ », puis à se repaître du spectacle du membre viril souillant une hostie. Ces obsessions qu'elle déclare elle-même plus ridicules que les précédentes manies des efforts lui paraissent indiquer une période plus grave dans sa maladie, parce que avec sa manie de précision elle les a rendues symboliques. Son abaissement est représenté par un précipice dans lequel elle est descendue, dans lequel il lui semble qu'elle continue toujours à descendre plus ou moins vite et son irréligion s'est symbolisée dans l'hallucination sacrilège que nous connaissons. Aussi, cette dernière période est-elle remplie par les obsessions hallucinatoires.

C'est à ce moment que Claire, âgée de 23 ans, fut conduite à

Paris et fut examinée par plusieurs médecins, en particulier par M. Magnan. Malgré les réticences de la malade qui cacha en particulier les hallucinations du membre viril et de l'hostie, M. Magnan diagnostiqua des crises d'obsession sur un fond de dégénérescence mentale. Quand deux ans plus tard nous avons eu à examiner la même malade, nous avons été obligé d'arriver à une conclusion analogue et de rattacher ses troubles à des tics et à des idées obsédantes chez une psychasthénique.

Il est en effet important de remarquer que même dans la dernière période Claire a conservé toute sa lucidité et qu'elle a la conscience à peu près complète de ses obsessions, au moins en dehors des grandes crises. Cette jeune fille présente sans doute des troubles de l'attention volontaire comme tous les psychasthéniques, mais elle n'a pas de confusion mentale proprement dite et, quoique la maladie dure depuis bien des années, il est impossible de parler de troubles démentiels. Une personne qui fait preuve d'un certain talent artistique, qui travaille avec acharnement et avec succès le dessin et la peinture « précisément pour lutter contre ses idées », qui nous écrit dans de longues lettres de fines analyses psychologiques de ses tourments ne nous semble pas se rapprocher de la démence précoce à laquelle nous avions songé un moment.

D'autre part il est difficile de considérer comme un délire mélancolique systématisé des idées qui se présentent de cette manière. La malade a toujours su cacher ses pensées de honte et ses hallucinations « afin qu'on ne la prît pas pour une imbécile... » Elle sent fort bien « qu'au fond elle se conduit aussi bien que les autres et elle reste stupéfaite d'être aussi tourmentée par de telles absurdités. » Ses hallucinations si incomplètes, « qu'elle ne prend pas pour des réalités », qui ne sont que des symboles ne doivent pas faire illusion et faire croire à la systématisation du délire. Si dans les grandes crises d'efforts « elle croit bien qu'il y a quelque chose à faire », dans d'autres périodes qui séparent les crises elle rit d'elle-même et semble une personne entièrement normale, intelligente et aimable. Malgré le développement considérable de la maladie, nous sommes bien en présence du même trouble que chez les malades précédents. Sans doute il n'est pas absurde de craindre pour l'avenir un délire mélancolique plus ou moins systématisé ou même une démence finale. Comme nous le verrons ailleurs, la maladie des obsessions ne met pas le sujet à

l'abri des autres psychoses. Bien au contraire, elle leur offre probablement un terrain très favorable. Mais pour le moment, ces psychoses ne se sont pas développées et la maladie quoique grave reste un état psychasthénique.

Pour essayer de lutter contre le développement des troubles mentaux, nous avons imposé à cette malade toute l'hygiène physique et mentale que nous avons souvent décrite. Nous n'insistons que sur un point : il est facile de remarquer que toutes les excitations mentales, quelles qu'elles soient, le changement, la distraction aussi bien que l'émotion la relèvent pour un temps plus ou moins long. La mort de son père l'a guérie pour trois mois, une maladie de sa mère que nous avions jugée grave l'a transformée pour quelques jours, mais on ne peut pourtant pas lui présenter constamment des agonisants. Il faut essayer de l'exciter par tous les moyens possibles : « C'est lui rendre un énorme service que d'arriver à la faire pleurer. » Provoquer chez elle une colère, une joie, un espoir, ou une douleur est un travail quelquefois très difficile que nous arrivons cependant à faire souvent. Exciter l'attention, obtenir un effort réel de la volonté, ce sont des exercices qui l'ont très souvent améliorée d'une manière considérable.

Quel a été le résultat de ces efforts ininterrompus pendant cinq ans ? Il faut d'abord convenir en un mot que Claire n'est pas guérie, qu'elle est encore très anormale et que les grands troubles pourraient facilement réapparaître. Mais ceci constaté, il faut reconnaître que la maladie loin de progresser a régulièrement rétrocédé.

L'amélioration a lieu par périodes « d'instants clairs » plutôt que par un progrès continu. Voici en effet de quelle manière le traitement est en ce moment organisé. La malade qui habite d'ordinaire la province vient passer quelque temps à Paris, quand les troubles menaçants exigent un nouveau traitement. Après un séjour de deux ou trois mois, Claire a retrouvé le calme et retourne dans son pays. A ce moment, elle n'évoque plus de représentations sacrilèges, elle n'a plus de crises d'agitation motrice. Elle s'occupe, travaille régulièrement et a une vie en apparence tout à fait normale. « Le plus difficile, dit-elle, c'est de convenir avec moi-même que je suis bien portante comme autrefois, le mieux est de ne pas y penser. » Malheureusement cet état, dont nous nous contenterions fort bien, ne dure pas plus de quelques mois,

Après trois ou quatre mois il y a évidemment abaissement du niveau mental, « la lumière s'éloigne de nouveau », les agitations et les obsessions recommencent graduellement, et quand Claire vient nous retrouver, elle est de nouveau fort troublée. Nous sommes disposés à croire que dans ce cas comme dans plusieurs autres, par le progrès de l'âge et par l'éducation de l'esprit, les périodes de rechute s'éloigneront de plus en plus.

Observation 223. — **L'obsession du pacte avec le démon.** — *Engourdissements, sentiment d'incomplétude, manies mentales, manie des pactes.*

L'observation de cette malade, Lise, âgée de 28 ans, comme celle de la précédente, ne peut que vous être résumée, car la plupart de ces faits vous sont déjà bien connus, il suffit de vous montrer à quel point ces manies mentales peuvent se développer et comment elles peuvent troubler la vie tout entière[1].

Lise est actuellement, et depuis plus de quinze ans, une obsédée sacrilège, perpétuellement occupée à méditer sur le culte du démon, sur le principe du mal, sur les services que le diable peut lui rendre en échange des âmes qu'elle lui donne et en particulier de l'âme de ses enfants qu'elle se figure avoir offerte au démon pour obtenir sa protection. On dirait un grand délire mystique chez une aliénée systématique. Il n'en est rien : Lise a toute sa raison, elle tient sa place dans la société, et il y a à peine quelques personnes qui soupçonnent les invraisemblables folies qui remplissent son esprit. Elle est parvenue, par un long exercice, à se dédoubler complètement, elle peut agir et causer correctement et passe aux yeux de tous pour une personne pleine de sens, tandis qu'elle continue au dedans d'elle-même sans interruption son bavardage sur le diable et sur le petit commerce qu'elle entretient constamment avec lui. Mais si elle peut dissimuler, et elle n'en souffre pas moins et elle est bourrelée de tristesses, d'inquiétudes, de tourments à propos de ces marchandages dont elle discute perpétuellement la valeur.

Comme dans l'observation précédente nous sommes étonnés de

1. Beaucoup de détails de cette observation se trouvent étudiés dans les différents chapitres du premier volume de cet ouvrage.

ne pas trouver d'antécédents héréditaires bien nets pour une affection aussi grave et aussi tenace. Cependant une grand'mère, sans avoir été aliénée, fut autoritaire et bizarre, les parents semblent assez raisonnables. Nous ne pouvons que faire toujours la même remarque, c'est que le père et la mère ont cette disposition à manquer d'énergie active, cette tendance à remplacer la vie active par la vie de la pensée, cette disposition à la délicatesse morale et aux scrupules qui nous ont déjà semblé plusieurs fois la préparation à la maladie psychasthénique chez les descendants. Dans cette famille, cela est trop évident, puisque non seulement Lise est atteinte aussi grièvement, mais que son frère présente une maladie absolument semblable, quoique un peu moins grave.

La maladie a débuté, cela est important, dès la première enfance avant la puberté. A cinq ans Lise n'était pas une enfant comme les autres, triste, rêveuse, méticuleuse, incapable de se donner complètement à un jeu, elle avait déjà des manies de rangement et de précaution. Grands scrupules à douze ans, bien entendu à propos de la première communion, manie de l'interrogation pour savoir si elle a la vocation religieuse, pour savoir si elle a promis au ciel d'entrer au couvent. A quinze ans, nouvelle crise de scrupules religieux, interrogations interminables sur la véracité de la religion, sur le problème de savoir si elle croit à l'eucharistie, ou si elle n'y croit pas. Puis, graduellement, méditations sur le salut, en particulier sur le salut des personnes qu'elle aime.

Elle se demande ce qu'elle peut faire, ce qu'elle peut promettre pour obtenir ce salut : la manie des promesses et des pactes prend un développement énorme que nous avons rarement rencontré à ce degré. Pour sauver l'âme de son père ou de ses frères, elle promet deux ou trois autres âmes au démon, puis elle trouve cela absurde et criminel et promet de faire ou de ne pas faire tel acte pour les racheter. Il lui semble qu'elle doit promettre la chose qu'elle aime le mieux pour offrir au démon un sacrifice agréable et la voici qui promet l'âme de ses enfants. C'est ce qui l'amène à discuter sur la puissance du démon, sur la valeur de telles promesses et peu à peu se constitue dès l'âge de vingt ans une véritable obsession mystique qui a pris par moments de grandes proportions, que nous avons pu réduire mais non supprimer.

A l'âge de 20 ans Lise fut traitée par Charcot qui conseilla le mariage. Il y eut, en effet, après le mariage une période d'amélioration pendant un an ou deux. Puis la malade retomba dans les

mêmes ruminations mentales et dans une période de grande agitation survenue au début d'une grossesse elle fut présentée à M. Magnan qui la considéra comme une obsédée typique et réussit pendant quelque temps à améliorer son état par l'usage du bromure. Quand nous l'avons étudiée un an après, les interrogations sur le démon étaient devenues continuelles et avaient envahi toute la vie de la malade qui était devenue incapable de se livrer à aucune autre occupation.

Il est intéressant de rechercher quels sont les troubles fondamentaux qui semblent chez cette malade les conditions du délire. Nous sommes frappés du rôle que paraît jouer l'engourdissement physique et moral dans la pathogénie de ces ruminations. La malade présente au plus haut degré les troubles physiques de la neurasthénie : atonie gastro-intestinale typique et grave, colite muco-membraneuse, amaigrissement, fatigues, insomnies, rachialgie, céphalalgie du vertex, la peau devient facilement sèche et pulvérulente, grande disposition à l'exzéma qui réapparaît à tout propos.

L'état mental est caractérisé par une aboulie fondamentale, aggravée bien entendu pour les actes qui ont quelque rapport avec les obsessions prédominantes. L'attention complète est difficile, l'esprit est comme éparpillé, il faut un effort fatigant pour lire, pour écouter. « Dès qu'il y a près de moi plusieurs personnes, je ne comprends plus du tout ; j'entends les mots et je ne sais pas ce que l'on dit, rien n'est stable ni fixe devant moi. Les sons ni les idées n'entrent pas avant dans ma tête, c'est comme un manque de vie que j'ai dans la tête. » L'engourdissement se manifeste dans toutes les sensibilités qui sont réduites, surtout du côté droit : il y a par moments une véritable analgésie analogue à ce que l'on observe dans l'hystérie, ce qui est bien rare chez les psychasthéniques. Le même abaissement du niveau mental est surtout curieux dans les émotions, la malade n'a jamais d'émotion vive, il y a toujours une partie d'elle-même qui n'y prend pas de part, aussi est-elle toujours comme gênée, guindée, incapable d'aucun laisser-aller, ni dans les affections ni dans les antipathies. Sans doute les idées qu'elle a en tête constamment jouent un rôle dans cet arrêt des émotions et comme tous les malades de ce genre Lise est disposée à tout mettre sur le compte des idées obsédantes. « Je suis, dit-elle, sans cesse poussée à m'observer, à me critiquer ; si je me laisse aller à un

sentiment, j'ai envie de me moquer de moi. » Il est vrai que les choses se passent quelquefois ainsi, mais ces idées, ces ruminations ne sont que des phénomènes secondaires, elles sont elles-mêmes une conséquence de l'incomplétude des phénomènes psychologiques, ce sont des phénomènes de dérivation et à notre avis l'arrêt de la volonté, de l'attention, de l'émotion est antérieur. Dès que la malade a été un peu excitée, remontée, les sentiments se développent et les ruminations diminueut ou disparaissent. Sa famille s'étonne alors de la voir plus gaie et plus vivante. On se rend alors mieux compte de l'engourdissement considérable qui d'ordinaire amenait toutes ces insuffisances.

Sur ces engourdissements, qui sont chez elle le phénomène fondamental de beaucoup le plus important, se greffent quelques tics, un très petit nombre d'angoisses, mais surtout des ruminations mentales, des manies des nombres, des manies des efforts, des manies des précautions, des hésitations, des interrogations, des associations d'idées, et surtout au premier rang la manie des promesses, des serments et des pactes. Il semble que ce soient ces promesses et ces pactes qui arrêtent l'action et les sentiments ; nous sommes disposés à croire au contraire que c'est cet arrêt qui donne naissance aux rêveries. Tout effort violent, soit pour parvenir simplement au sommeil hypnotique, qui bien entendu n'est jamais complet chez elle, soit pour sentir une émotion, soit pour faire un acte d'attention, suffit pour faire disparaître la manie des pactes pendant plusieurs jours.

Il est très curieux de noter combien une amélioration de ce genre lui coûte de peine ; elle vit évidemment plus heureuse et plus calme quand son esprit est ainsi plus actif, plus tendu, plus près du réel, mais cette activité plus grande lui coûte un effort inouï et continu. Elle finit par en être épuisée et il faut qu'elle se laisse aller de nouveau à un engourdissement progressif qui va bientôt, elle ne le sait que trop, ramener les ruminations et toutes les obsessions sacrilèges. On dirait qu'elle a besoin d'être malade, et au début de notre observation nous ne pouvions pas comprendre pourquoi elle semblait ainsi rechercher les rechutes tout en les redoutant beaucoup. Ces personnes, pour se maintenir à un niveau mental moyen compatible avec la vie réelle, ont besoin d'un travail, d'un effort analogue à celui que nous donnons momentanément dans une lutte, dans un concours: il est facile de comprendre qu'ils ne peuvent pas continuer cet effort indéfini-

ment. Nous avons amené Lise à remonter ainsi très souvent et pendant de longues périodes, mais elle retombe par moment, parce que la nouveauté du traitement, les procédés d'encouragement s'épuisent et qu'elle se fatigue de se bien porter.

Quand elle est trop faible pour se tendre davantage, il faut se borner à calmer les phénomènes d'excitation secondaire par le bromure et attendre une circonstance favorable pour la faire remonter de nouveau. Aucun sujet ne nous a mieux fait comprendre cette impuissance fondamentale, héréditaire, tout à fait constitutionnelle, qui se retrouve chez le plus grand nombre de ces malades, impuissance de l'activité cérébrale pour s'adapter à la réalité. Cette insuffisance cérébrale ne supprime que les phénomènes de haute tension, les fonctions du réel, elle laisse subsister les phénomènes de basse tension, c'est-à-dire les représentations imaginaires et les pensées abstraites, elle est même compatible avec un brillant développement intellectuel. C'est une impuissance que le traitement peut diminuer, qu'il peut pallier, mais que jusqu'à présent nous sommes incapables de faire disparaître.

Il est juste de remarquer cependant qu'aujourd'hui à l'âge de 32 ans la situation de la malade est extrêmement modifiée. Les obsessions proprement dites, les ruminations sur le culte du démon et sur les pactes faits avec lui n'existent plus à proprement parler. La malade prétend y penser encore de temps en temps quand elle sent son esprit fatigué, mais elle a remplacé les idées précises par des chiffres, par des symboles qui les résument, et ce sont simplement ces chiffres, ces mots rapides qui reviennent à sa pensée. On ne peut plus dire qu'il y ait là une récrimination analogue à celle qui existait autrefois. Aussi Lise ne se préoccupe-t-elle plus de ces idées et peut-elle, dans une mesure à notre avis encore incomplète, se livrer à ses occupations. Elle vient encore nous voir, mais d'une manière bien plus irrégulière et à des intervalles souvent assez longs. Dans des cas de ce genre, il semble bien, comme le disait M. Jules Falret, que l'idée obsédante ne disparaît jamais complètement. Le traitement se prolonge, il ressemble plus à une éducation et à une direction qu'à un traitement proprement médical, mais il a évidemment des résultats importants.

CHAPITRE V

LES ACCIDENTS VÉSANIQUES

Jusqu'à présent les troubles psychasthéniques n'ont jamais déterminé l'aliénation proprement dite ; le délire conservant toujours un caractère essentiel qui justifiait son nom de « délire conscient », car les malades ne s'y abandonnaient jamais complètement et étaient toujours les premiers à en reconnaître l'absurdité. Les aliénistes ont souvent recherché si ces malades sont capables de dépasser ce point et de parvenir à de véritables aliénations dans lesquelles ils ne seraient plus capables de faire la critique de leurs délires. Sans doute, il est vrai, d'une manière générale, que les psychasthéniques peuvent toute leur vie conserver les mêmes obsessions sans arriver au délire ou à la démence. Mais il est également certain que leur maladie les prédispose à d'autres troubles mentaux et qu'ils peuvent momentanément ou définitivement tomber dans des états d'aliénation proprement dite. Sans aborder, en elle-même, l'étude de ces aliénations que nous espérons examiner un jour plus complètement, dans un autre travail, nous examinerons simplement, dans ces dernières leçons, les accidents mentaux qui sont survenus au cours de leur maladie chez quelques psychasthéniques.

PREMIÈRE SECTION

LES CONFUSIONS MENTALES

Observation 224. — **Confusion mentale à forme de stupeur chez une obsédée scrupuleuse.** — *Immobilité, mutisme, gâtisme, psychasthénie antérieure, émotion, obsession criminelle, guérison.*

Nous désirons vous présenter rapidement cette malade, quoique

son observation soit encore très incomplète. Pour expliquer mieux son état, il faudrait attendre quelque temps, mais alors, il est probable que l'état actuel aurait complètement changé et que nous ne pourrions plus vous montrer cet aspect tout particulier. Le plus simple est donc de vous indiquer aujourd'hui le problème et, s'il y a lieu, de vous représenter le malade dans un mois, quand nous pourrons préciser davantage.

Vous voyez tout de suite de quoi il s'agit. Cette jeune fille de vingt-sept ans, Eu..., est assise devant vous, les yeux fixes, la figure inerte et elle reste sans bouger. Aucune interpellation n'obtient de réponse. Elle fait seulement une petite grimace de mécontentement si on la pince trop fort. Ajoutez peut-être, et depuis quelques jours seulement, quelques petits mouvements de la figure, des sourires ébauchés qui semblent indiquer qu'elle rêve et de temps en temps une expression interrogative et quelques mots murmurés : « Où suis-je ?... Qu'est-ce que c'est ? » Elle ne semble pas comprendre les réponses et reprend son aspect égaré. C'est tout ce que nous pouvons obtenir.

Comme symptômes, c'est donc ce que l'on appelle un état de stupeur. Ces états décrits autrefois sous le nom de démence précoce, de stupeur hallucinatoire de Baillarger sont aujourd'hui rattachés le plus souvent à la confusion mentale telle qu'elle est bien décrite, en particulier dans les travaux de M. Chaslin. Si l'on se tient à l'examen superficiel, c'est donc vraisemblablement une confusion mentale à forme de stupeur.

Mais il faudrait préciser la nature de cette confusion, son origine et c'est ici que nous devenons embarrassés. La vraie confusion mentale, celle qu'on appelle primitive, est déterminée le plus souvent par des états infectieux. C'est en somme une intoxication du cerveau : elle arrive ainsi le plus souvent chez des femmes en couches, après une infection utérine. C'est la forme la plus fréquente de l'ancien délire puerpéral et nous en avons publié une observation typique [1]. Ajoutez toutes les autres infections, fièvre typhoïde ou même simplement grippe qui sont fréquemment le point de départ de ces confusions.

Mais pour rattacher une confusion à ce groupe le plus simple et le plus important, il faut deux choses, d'abord qu'il y ait eu antérieurement une maladie infectieuse quelconque, ensuite que

1. *Névroses et idées fixes*, II, p. 2.

le sujet présente dans son état actuel des signes d'un état maladif : modification de température, langue saburrale, mauvais aspect du visage. La stupeur, on a beaucoup insisté sur ce point, avant d'être une maladie mentale est une maladie physique. Or, ici, ces deux caractères nous manquent à peu près : il n'y a pas eu de maladie antérieure et ensuite l'aspect physique n'est pas très mauvais. La malade est amaigrie, parce qu'elle refuse de manger depuis quelque temps, mais il n'y a jamais de fièvre ; la langue est assez nette et le teint assez bon.

Nous savons, d'autre part, qu'il existe des confusions mentales secondaires qui viennent principalement à la suite des idées fixes ou à la suite de l'hystérie, mais c'est ici que notre observation est incomplète, car il faudrait pouvoir examiner l'état mental de la malade pour savoir de quelle névrose il s'agit. Or, on ne peut rien en tirer et les renseignements fournis par les parents sont bien insuffisants.

Il ne semble pas y avoir d'antécédents héréditaires bien nets. Cette jeune fille aurait été, jusqu'au mois d'octobre dernier, raisonnable, quoique d'une santé un peu délicate. Tout aurait commencé, il y a six mois, à l'occasion de la mort de sa mère. A ce moment, elle semble avoir eu une crise de délire de scrupule. Elle se reprochait la mort de sa mère, s'accusait de toutes sortes d'indélicatesse, de crimes même, plus ou moins imaginaires. Elle prétendait avoir à recommencer sa vie et ne pas savoir comment s'y prendre. Elle parlait de suicide et essaya même de s'empoisonner. Diminution du délire en décembre, rechute en janvier ; elle se montrait alors très exaltée, de nouveau amélioration en février. On remarque que les règles n'ont pas réapparu depuis le mois d'octobre. Depuis une quinzaine de jours, en avril, tout s'est aggravé, elle a recommencé ses reproches contre elle-même et s'est mise à refuser de manger. Peu à peu, elle a refusé de bouger, de répondre et voici une dizaine de jours qu'elle est en stupeur. Amenée dans le service, elle n'a présenté aucune résistance, elle se laisse nourrir à la condition que les aliments soient liquides et qu'on lui mette la cuiller dans la bouche. Elle serre les dents s'il y a quelque chose de solide.

De temps en temps, la nuit surtout, elle fait quelques mouvements sans signification, elle reste assise sur son lit ou bien elle rapproche sa tête de ses pieds ; enfin il faut noter qu'elle gâte dans son lit. C'est donc tout à fait une confusion mentale stupide qui a succédé à une agitation délirante durant depuis cinq mois

et dont le principal caractère était l'auto-accusation à propos de la mort de sa mère.

Faut-il considérer cette stupeur comme un épisode du délire du scrupule. A-t-elle eu antérieurement un véritable état psychasthénique ? Ce serait très intéressant, car si nous avons vu dans le délire du scrupule l'agitation délirante, le délire démoniaque, nous n'avons pas encore rencontré cette forme de stupeur.

Au contraire, nous avons vu très souvent la stupeur chez les hystériques : cette jeune fille a-t-elle présenté antérieurement des phénomènes caractérisant l'hystérie ? Une observation plus complète, quand la malade se décidera à parler, nous permettra de décider entre l'une et l'autre origine.

En ce moment l'état s'aggrave plutôt, la malade refuse de manger d'une façon complète et nous allons être obligés de la nourrir à la sonde. Les purgatifs, les désinfections gastro-intestinales, le régime lacté sont pour le moment plus indispensables qu'un traitement moral.

Nous sommes heureux de vous présenter après trois mois cette intéressante malade complètement transformée. Elle est restée un mois à peu près dans l'état de stupeur où vous l'avez vue, ce qui fait deux mois et demi en tout. Puis elle s'est réveillée graduellement, elle a commencé à manger seule, puis à parler. La convalescence a été assez rapide et Eu... s'est métamorphosée.

Cette jeune fille nous a mieux raconté sa maladie : elle était tourmentée par des scrupules (sentiment d'étrangeté, défaut de perception, le voile sur les choses, puis par des manies mentales d'interrogation) depuis bien des années. La mort de sa mère, avec qui elle n'était pas en très bons termes, l'a bouleversée. L'obsession de remords s'est développée à ce propos comme dans beaucoup de nos observations précédentes. Elle se demandait si elle avait tué sa mère et elle se rappelle très bien qu'elle souffrait beaucoup de ces interrogations tout en les jugeant absurdes. Puis les souvenirs deviennent vagues. Elle sait qu'elle était triste, qu'elle avait un grand regret d'être au monde, elle sent vaguement qu'elle a rêvé, mais elle ne sait pas bien ce qui s'est passé pendant les deux mois de la confusion mentale. Nous espérons que quelques précautions permettront d'éviter une rechute. Il était intéressant de vous montrer ce remarquable cas de stupeur survenant au milieu du délire du scrupule.

Observation 224 *bis*. — **État de stupeur progressive.** — *Aboulie, agitation mentale, hébéphrénie.*

Nous avons tous, quand nous examinons certains malades, une fâcheuse habitude, c'est de les ranger rapidement dans certains cadres tout faits et très vastes, ce qui nous dispense de préciser le diagnostic. Il est en particulier un terme bien dangereux à ce propos, c'est le terme de « neurasthénique ». On l'emploie à tout propos et pour toutes sorte de gens. Il serait bien désirable et c'est malheureusement un désir difficile à réaliser que l'on puisse un peu subdiviser le groupe des malades que l'on met sous cette étiquette et préciser leur diagnostic.

Voici une malade, Vr..., âgée de 26 ans, que depuis dix ou douze ans on appelle une neurasthénique. Il est possible que nous ne puissions pas faire beaucoup mieux car les symptômes qu'elle présente sont au premier abord assez vagues : fatigue, tristesse, immobilité, de temps en temps des céphalalgies, etc., mais nous croyons au moins possible de vous montrer que, si neurasthénie il y a, c'est une neurasthénie bien particulière, bien spéciale et bien grave.

Les antécédents héréditaires sont déjà instructifs, le père et la mère se portent bien et semblent n'avoir été ni alcooliques, ni nerveux. Mais une tante paternelle a présenté en 1870, au moment de la guerre, un violent délire et est morte dans un asile.

La malade, elle-même, a toujours été chétive, mais se portait assez bien dans son enfance ; elle fut réglée tard à seize ans sans accidents, on la trouvait seulement un peu triste, sombre et peu courageuse ; elle avait peur de voir des visages nouveaux, de commencer un nouveau travail, etc.

A dix-huit ans sans que nous puissions en connaître les détails, elle eut une sorte de délire aigu avec petites convulsions. Elle criait qu'elle avait peur, voyait des bêtes qui voulaient la manger, des gens qui la menaçaient ; le délire ne dura que deux jours et cessa subitement ; elle en conserva un certain souvenir quoique assez vague, disant qu'elle avait été sotte de croire à ces choses. Elle resta cependant sombre et effrayée, travaillant beaucoup mais

faisant toujours le même ouvrage, sans consentir à jamais le changer, et mangeant fort peu.

A vingt-deux ans, les symptômes s'aggravèrent: ses actes étaient encore raisonnables, sauf qu'elle refusait presque constamment de manger ; elle parlait encore un peu, mais de moins en moins ; elle avait déjà le regard sombre et mauvais. La nuit, elle rêvait à des choses terrifiantes.

En outre, elle commençait à se plaindre d'entendre mal, d'être sourde, de ne pas voir clair. Faites attention à ce symptôme très caractéristique, que les malades expriment souvent d'une façon pittoresque en disant qu'il y a un voile, un nuage devant leurs yeux, qu'un mur les sépare du reste du monde, etc. Enfin, elle se plaignait d'une douleur dans la tête et la décrivait comme font encore souvent ces malades en disant qu'une bête la rongeait dans le crâne.

De temps en temps, tous les huit ou quinze jours par exemple, survenait une sorte d'amélioration subite, la malade se sentait guérie : elle expliquait qu'elle avait été tourmentée par de vilaines idées, qu'elle rêvait à des camarades qui lui en voulaient, qui étaient en colère contre elle, à des bêtes qui la rongeaient, etc. « Suis-je assez bête de croire à cela, ajoutait-elle, c'est faux et absurbe », puis après un jour ou deux tout recommençait.

De temps en temps aussi, d'autres phénomènes : des sortes de crises, d'agitation sans convulsions nettes, mais avec des colères épouvantables. Elle criait qu'elle voulait frapper, casser tout, tuer tout le monde, exterminer ceux qui l'ennuyaient, puis cela passait, et elle retombait dans son calme sombre; depuis, tout s'est aggravé lentement. Vr... ne peut plus lire, ni travailler, et ne comprend plus guère ce qu'on lui dit, « un effort lui fendait la tête » ; depuis quelques mois elle ne bouge plus du tout et répond à peine, le plus souvent par quelques grossièretés. La nuit elle ne dort pas, et garde le plus souvent les yeux ouverts, mais elle reste cependant inerte comme une statue.

Le matin, il est difficile d'obtenir qu'elle sorte du lit : « elle voudrait rester toujours couchée, dit-elle souvent » ; de temps en temps elle pleure sans que l'on sache pourquoi.

Voilà donc, en résumé, l'aspect actuel : une immobilité sombre avec un regard mauvais de temps en temps, un refus presque complet de parler, ou si elle parle quelques plaintes vagues de souffrir dans lesquelles elle répète qu'elle souffre dans la tête,

qu'elle ne peut plus rien comprendre, qu'elle est tourmentée par toutes sortes d'idées. Il y a quelques années, en 1891, l'un de nous a publié dans la *Revue philosophique* la description d'un cas tout à fait semblable observé chez M. Jules Falret. Tout était identique, l'inertie, le défaut d'intelligence des choses présentes, le défaut de perception des sons et des images visuelles, ce qui empêche ces malades de comprendre plutôt que de sentir, des idées obsédantes constantes, du bavardage intérieur perpétuel, des crises de colère, et de temps en temps des *instants clairs* pendant lesquels la malade percevait mieux et se rendait compte de son mal.

Ce sont évidemment là les faits principaux, une *aboulie énorme* qui porte sur les actes et *sur la perception*, compliquée par un développement énorme d'obsession de toutes espèces qu'il serait très difficile d'analyser. Il y a évidemment ici un état de confusion grave analogue par quelques points aux précédents. Mais il faut remarquer que cet état se prolonge depuis cinq à six ans et qu'il s'aggrave constamment. Il y a là évidemment un affaiblissement mental considérable qui semble de plus en plus voisin de la démence. Cet état est à rapprocher des hébéphrénies, des démences précoces et il est intéresssant de remarquer qu'il a été l'aboutissant d'une maladie psychasthénique.

Observation 225. — **Confusion mentale avec excitation et hallucinations.** — *Conviction de la malade, actes impulsifs, maladie du scrupule antérieure avec doutes et rumination.*

Vous venez voir au cours de la maladie du scrupule une confusion mentale sous la forme de la stupeur, nous croyons qu'il s'agit ici du même phénomène sous une forme un peu différente et plus banale. Cette jeune femme est en ce moment une agitée : vous voyez sa figure rouge, ses gestes précipités. Elle se défend contre des êtres imaginaires, elle parle tout le temps d'un prêtre qui l'aurait violée, des punitions épouvantables que l'on va lui faire subir. Elle ne paraît pas avoir de doutes sur les idées qu'elle exprime, c'est avec conviction qu'elle hurle en parlant du diable qui est entré en elle et qui la possède. Les hallucinations de tous les sens paraissent complètes et elle désigne avec terreur un coin de la chambre où flamboient les yeux du démon ; les actes sont

en accord avec les paroles et sont accomplis réellement : elle essaie de se jeter par la fenêtre et cherche à se crever les yeux, il faut la surveiller tout autrement qu'une obsédée qui parle de ses impulsions au suicide. C'est qu'il y a un véritable délire, grossièrement systématisé, il est vrai, et non une obsession avec doute et critique. D'autre part, la malade entend et comprend à peu près nos questions ; mais elle ne répond que quelques syllabes sensées, puis elle demande où elle est, qui nous sommes et ne paraît plus rien comprendre. C'est tout à fait l'aspect d'une confuse à la première période d'excitation avec délire et hallucinations. Dans ce cas non plus nous ne trouvons pas de fièvre, 36,6 le matin, 37,3 le soir, pas de troubles physiques bien nets, c'est à peine si la langue est saburrale. D'ailleurs il n'y a aucune maladie antérieure, cet état s'est développé rapidement sans accidents physiques à la suite de causes émotionnelles assez légères.

Sa famille prétend qu'elle a eu l'esprit frappé par un roman qu'elle lisait dernièrement où il était question d'une jeune fille violée par un prêtre. Il est possible que cela ait inspiré quelques-unes des idées du délire. Mais la véritable raison doit être recherchée plus loin, voici des années que cette jeune fille se tourmente pour des péchés imaginaires, qu'elle s'examine et s'interroge. Elle a eu des tics, des crises de rumination mentale à propos des confessions et plusieurs fois déjà des crises d'obsession fort graves. Celle-ci ne diffère des précédentes qu'en un point, c'est que la malade semble avoir complètement perdu la conscience de son état, ce qui n'arrivait pas dans les crises antérieures d'obsession. En ce moment, on le voit d'ailleurs à sa physionomie, elle délire, elle croit les idées qu'elle exprime, elle n'a plus cette lutte, cette interrogation qui déterminait précédemment son angoisse. Une sorte de confusion avec excitation et délire peut donc remplacer la crise ordinaire d'obsession.

Cette jeune fille a guéri très facilement de son état aigu : les purgatifs, le régime lacté, en réduisant les auto-intoxications ont semblé avoir une action favorable. La malade a repris conscience au bout de quinze jours avec un souvenir fort vague de ce qui s'était passé : il lui semblait, disait-elle, qu'elle était complètement tombée dans l'enfer, et qu'elle ne voyait partout que des

diables. C'est à force de s'inquiéter sur sa culpabilité imaginaire que, dans une période de fatigue et d'émotion, elle avait complètement perdu le pouvoir de résister à ses idées obsédantes. De tels cas seront à examiner plus tard avec soin pour comprendre la nature et la genèse des états paranoiaques. Ce qui distingue en effet ces délires de la psychasthénie proprement dite, c'est la systématisation de ces délires, la conviction plus ou moins complète d'ailleurs avec laquelle le sujet semble les accueillir, par opposition au développement toujours incomplet des obsessions, au doute qui persiste dans l'esprit du malade. Il y a des observations curieuses comme celle-ci qui peuvent servir d'intermédiaire entre ces deux troubles de l'esprit.

Observations 226 et 227. — **Accès de mélancolie anxieuse chez des abouliques timorés et scrupuleux.**

Nous n'osons plus appeler état psychasthénique le trouble mental que présente cet homme de 38 ans, Ll... Il a un aspect déprimé et triste, il gémit constamment, il accuse tous les symptômes ordinaires, le vide dans la tête, la douleur occipitale, la fatigue des membres, mais il présente un aspect désespéré qui n'existe pas même chez les hypocondriaques. Il a un sentiment non pas d'incomplétude, mais d'impuissance complète, il croit que sa vie est perdue, qu'il ne guérira jamais, qu'il ne peut faire aucun travail. Quel que soit le sujet dont nous lui parlions il trouve toujours que tout est désespéré : il est ruiné, son enfant va mourir abandonné, etc. Il est impossible de surprendre la moindre hésitation, le moindre doute à propos de ces absurdités, c'est bien plutôt un délire mélancolique qu'une obsession hypocondriaque.

Cependant son état antérieur a été depuis très longtemps celui d'un scrupuleux, d'un obsédé : toujours inquiet pour son travail, toujours préoccupé par des ruminations mentales, il a déjà eu une série d'obsessions et de manies dont une était singulièrement malpropre. Pour arriver à faire son travail, il sentait comme les psychasthéniques le besoin d'une excitation. Au début, il se contentait de fumer beaucoup ; puis il a remarqué l'effet puissant sur les individus de son espèce de l'excitation génitale, et il ne pouvait plus travailler qu'en se masturbant incomplètement, de manière à conserver une érection permanente.

Il n'est pas surprenant qu'il ait fini par verser dans un état plus grave : une crise de mélancolie dépressive a remplacé les crises d'obsession habituelles.

Il en est tout à fait de même chez cet autre malade, un homme de 50 ans, Dde..., avec cette différence que sa mélancolie mériterait plutôt le nom de mélancolie anxieuse. Il ne reste pas assis comme le précédent, il va, il vient, il s'agite incessamment, il bavarde tout le temps sans que l'on puisse toujours comprendre ce qu'il dit. Il est inconsolable, parce qu'il va difficilement à la selle, parce qu'il ne dort pas. « Il ne retrouvera plus jamais le sommeil, il est ruiné, etc. » Autrefois, c'était le type de ces individus craintifs, timides, qui n'ont jamais pu aller au lycée, qui n'ont jamais pu se marier. Il vivait avec sa mère qui le guidait encore comme un petit enfant, qui le rassurait quand il était pris de ses phobies surtout hypocondriaques. Il y a trois mois, sa mère très âgée a été malade, il a eu peur de la perdre comme un scrupuleux qui éprouve le besoin de direction ; mais au lieu de commencer la crise ordinaire d'obsession, il est entré dans cet état de mélancolie anxieuse qui semble avoir une plus grande gravité.

Ces deux malades ont guéri de cette crise de mélancolie surajoutée à leur maladie ordinaire ; ils n'ont conservé que l'aboulie, le doute et la disposition aux obsessions, en un mot ils sont revenus à l'état qu'ils présentaient antérieurement peut-être avec une certaine aggravation.

Observation 228. — **État extatique.** — *Inertie et béatitude, scrupules religieux antérieurs, manie de la répétition.*

La maladie du scrupule ou les états psychasthéniques ont déjà pris sous vos yeux des formes bien différentes, depuis les simples troubles neurasthéniques jusqu'aux tics, aux phobies, aux manies mentales, aux obsessions de toute espèce. Comme il n'y a pas de limite infranchissable entre les diverses maladies de l'esprit et que nos divisions ont toujours quelque chose d'arbitraire, il est évident que la maladie du scrupule peut se compliquer encore, et peut conduire les sujets à des troubles plus complexes et plus

graves se rapprochant de telle ou telle forme des maladies mentales. Nous ne pouvons entrer sérieusement dans cette étude qui nous obligerait à examiner toute l'aliénation. D'ailleurs il n'est pas impossible qu'un jour nous n'abordions l'étude de quelques-unes de ces maladies voisines du scrupule, les délires systématisés par exemple, et il est inutile d'effleurer maintenant ce sujet. Cependant nos leçons de cette année ne nous sembleraient pas complètes si nous ne vous présentions quelques exemples de ces folies vésaniques auxquelles la maladie du scrupule semble préparer.

Cette jeune fille de 23 ans, Chv..., a eu jusqu'à l'année dernière une évolution tout à fait identique à celles des malades que vous avez vus cent fois. Fille d'un père aboulique, inquiet, qui est mort tuberculeux, elle a commencé la maladie du scrupule à la première communion comme toutes les autres. Aboulie, tristesse, ruminations mentales, interrogations indéfinies sur les confessions, manie de répéter les prières, manie de la perfection dans l'honnêteté, etc. Elle passait la nuit à genoux pour essayer de bien dire une petite prière qui lui paraissait tout à fait insuffisante, elle faisait des querelles à sa mère qui tient un petit restaurant parce qu'elle faisait payer soixante-quinze centimes un bifteak de cinquante. Jusque-là, c'était tout à fait la forme connue de la maladie.

Depuis un an, il semble que ces agitations aient disparu, Chv... reste calme avec un sourire béat, elle ne veut plus rien faire, répond à peine, et se déclare parfaitement heureuse. Nous avons obtenu d'elle quelques explications : « elle n'est plus troublée, dit-elle, elle a trouvé le calme, la béatitude ;... elle sent que Dieu lui a tout pardonné, et qu'elle vit comme auprès de lui. Elle voulait entrer au couvent des carmélites; ce n'est plus nécessaire, car elle a trouvé le ciel en restant immobile dans le monde. »

Qu'est-ce qu'un pareil état ? Nous avouons notre embarras, on ne peut pas appeler mélancolie un état ou domine le sentiment de bonheur. Ce n'est pas de la stupeur, elle comprend tout et répond bien si elle le veut; c'est plutôt un délire mystique se rapprochant des délires systématisés. Mais nous devons reconnaître que la systématisation n'est pas très nette. Elle sait très bien qu'elle est toujours sur terre, et quand on insiste elle ne délire réellement pas. Est-ce délirer que se déclarer parfaitement calme et contente ? Les seules choses à lui reprocher c'est son inertie absolue depuis un an, son mutisme et son insomnie. Les symp-

tômes sont donc, en un mot, inertie et béatitude. A notre avis cela se rapproche énormément des états extatiques : cette observation nouvelle confirme une hypothèse déjà présentée par l'un de nous dans une conférence sur une extatique[1] et qu'il compte discuter plus complètement dans un ouvrage sur cette question, c'est que les véritables extases ne doivent pas être toujours confondues avec les catalepsies hystériques. Elles forment une altération mentale qui se joint au délire du scrupule, et qui souvent alterne avec lui.

Observation 229. — **Confusion mentale avec attitudes catatoniques.**

Nous voulons seulement vous présenter rapidement cette jeune fille sur laquelle nous avons très peu de renseignements. Il est à peu près impossible de faire en ce moment une observation complète : non seulement la malade est dans un état de confusion qui l'empêche de comprendre et de répondre, mais encore c'est une jeune fille d'Alsace, qui ne parle qu'un patois allemand. Dans ces conditions, nous en sommes réduits à l'observation externe.

Depuis un an cette jeune fille a des périodes d'immobilité. Ces périodes étaient au début courtes et se terminaient comme des sommeils dont elle gardait un souvenir vague. Puis ces périodes se sont rapprochées et se sont prolongées, la crise actuelle dure depuis trois mois. Pendant ces périodes, elle ne veut plus rien faire, elle refuse même de manger, elle semble rêver, car de temps en temps elle sourit ou elle pleure. C'est évidemment un de ces états de stupeur que l'on range aujourd'hui dans le grand groupe des confusions mentales.

La stupeur présente ici une particularité intéressante sur laquelle nous voulons attirer votre attention avant que le symptôme ne se modifie, c'est la disposition aux attitudes cataleptiques qui par moments devient chez elle tout à fait singulière. Quand on lui lève les bras en l'air, quand on déplace son corps, elle reste dans la position qu'on lui a donnée sans songer à en changer (fig. 22). Ce caractère a donné lieu à bien des discussions ; il a été

1. Pierre Janet, Conférence sur une extatique, *Bulletin de l'Institut psychologique*, 1902.

le point de départ de la théorie de la catatonie présentée par Kalbaum. Il nous semble difficile de se fonder sur ce seul symptôme pour créer un type spécial de maladie. Nous sommes plutôt



Fig. 22. — Attitude catatonique, la malade a un léger goitre développé depuis son dernier accès.

disposés à nous rattacher à l'opinion exprimée par M. Séglas à propos d'un cas absolument semblable à celui-ci (Nouvelle iconographie, septembre 1889). Les attitudes cataleptiques sont des phénomènes de suggestion élémentaire très fréquents au cours de l'hystérie. Il est probable, que dans des cas de ce genre, la stu-

peur se développe sur un terrain hystérique et en garde quelques caractères. On pourrait remarquer ici même que la répétition de petites crises de stupeur, séparées par des intervalles de lucidité, se rapproche encore des allures de l'hystérie. Nous pourrons probablement conclure d'une manière plus nette quand la malade se sera réveillée de la crise actuelle si nous parvenons à nous faire comprendre d'elle.

La seule chose que nous sachions avec certitude, parce qu'elle nous est longuement expliquée dans une lettre de la mère, et parce que la tante qui accompagne la malade confirme cette description, c'est que la jeune fille présentait depuis plus de six ans une série d'obsessions scrupuleuses. Les manies de la répétition et les manies de la perfection lui faisaient passer des nuits entières à genoux pour arriver à « bien dire une prière ». Elle a eu des obsessions de remords non seulement à la suite des confessions, mais encore à la suite d'un bal où elle croyait avoir été inconvenante. Les angoisses qu'on nous décrit et qu'elle avait dans la rue se rapprochent des agoraphobies. En un mot, cette jeune fille a été une obsédée et une phobique pendant six ans, et vous voyez qu'elle est aujourd'hui dans un état de stupeur avec attitudes catatoniques.

DEUXIÈME SECTION

DÉLIRES SYSTÉMATISÉS

Observation 230. — **Délire systématique, érotique et mystique.** — *Confusion du rêve et de la réalité.*

Nous continuerons autant que possible au début de ces leçons du mardi à vous présenter quelques malades atteints de troubles psychologiques. Ces applications de la psychologie à la clinique nous permettront de passer en revue les principales névroses que nous ne devons pas négliger pour l'étude plus précise des lésions organiques du système nerveux. Elles contribueront dans quelques cas à vous préparer aux études de psychiatrie qui complètent si nécessairement les recherches neurologiques.

Cette jeune femme de 26 ans, Ssa..., a été amenée dans le service il y a deux mois et elle présentait au début un état tout à fait bizarre qui nous a quelque peu embarrassés. Elle paraissait tout à fait incapable de marcher et de remuer, il a fallu la porter en brancard, elle expliquait très mal son état et semblait délirer complètement.

« Elle était dans le ciel, disait-elle, et non plus sur la terre, elle attendait son père spirituel et ne ferait rien tant qu'il ne serait pas là. Elle parlait directement avec le bon Dieu qui lui commandait d'attendre patiemment. » Pendant quelques jours on ne put rien en tirer de mieux et elle restait couchée immobile dans son lit, refusant même de manger. Heureusement qu'un hasard nous permit de prendre la direction de son esprit : elle nous répétait sans cesse qu'elle n'obéirait qu'à *son petit père*; nous avons eu l'aplomb bien facile de nous déclarer son petit père et cette déclaration a eu un plein succès. « C'est vrai, a-t-elle répondu, vous le représentez, je ferai ce que vous voudrez. » Nous lui avons alors commandé de se lever, de marcher, de manger, de travailler dans les salles et depuis ce moment elle se conduit fort correctement en répétant : « Mon petit père me l'a dit, je ferai ce que veut mon petit père. » Mais elle a continué à avoir un délire en apparence très complexe. Nous ne savons si elle va vous l'exposer aujourd'hui, car elle va beaucoup mieux depuis

quelque temps et elle se présente suivant les jours sous des aspects très variables.

Dans les moments où elle adopte complètement son délire, en voici les points principaux : d'abord elle déclare s'appeler Geneviève D..., et refuse le nom de Marie Ssa..., qui est son vrai nom. Elle croit être la fille d'un monsieur D..., et d'une dame Jeanne W... Ce monsieur D... qu'elle n'a jamais connu serait le frère d'un abbé D..., pour lequel elle a une grande passion. En somme elle se croit beaucoup plutôt la fille de l'abbé D... ; c'est par une sorte de discrétion vis-à-vis de cet ecclésiastique qu'elle consent à n'être que sa nièce. Cette filiation religieuse amène dans son esprit des conséquences bizarres, elle croit qu'elle n'est plus sur la terre, mais dans le ciel et qu'elle jouit d'un bonheur immense en recevant les caresses de son père spirituel qui l'appelle son petit Jésus. Comme elle est déjà dans le ciel, elle n'est plus soumise aux conditions de la vie terrestre, elle est immortelle, elle est certaine de ne plus jamais souffrir, de ne jamais mourir. Voici en quelques mots un grand délire dont les diverses parties sont suffisamment coordonnées, qui a une certaine unité, c'est ce qu'on appelle en psychiatrie un délire systématique ou une paranoia. Si vous ajoutez que la conviction de la malade semblait profonde, qu'elle paraissait avoir des hallucinations vous auriez été tout portés à la considérer comme atteinte de paranoia incurable, d'un de ces délires mystiques systématiques qui évoluent pendant toute la vie.

Nous avons eu quelque hésitation avant d'accepter ce diagnostic à cause du souvenir d'un malade presque semblable que beaucoup d'entre vous ont vu ici il y a quelques années. C'était un pauvre maître d'études qui changeait aussi son nom et se croyait le fils naturel d'un banquier et d'une grande dame. Nous avons été amenés à reconnaître qu'il y avait chez lui un état de rêve en somme assez passager[1]. Aussi avons-nous recherché avec quelque soin le développement de ce singulier délire, cela n'a pas été facile, car nous n'avons pas pu recueillir de renseignements suffisants donnés par la famille. Voici ce que nous croyons vraisemblable : nous ne savons pas grand'chose sur les parents, le père devait être un singulier personnage, cette enfant fut très malheureuse dans sa famille, elle était peu aimée et sans cesse frappée

1. *Névroses et idées fixes*, II, p. 167.

à cause de tous ses défauts. Elle était paresseuse et très vaniteuse, elle voulait sans cesse qu'on s'occupât d'elle, qu'on la consolât, qu'on la dirigeât comme tous ces malades de volonté faible.

Elle soutient que son père véritable, Ssa..., non seulement la frappait mais très souvent abusait d'elle. Vous comprenez que vu son état de délire il est très difficile de savoir que penser de cette accusation, cependant voici un petit fait qui la rend vraisemblable. L'un de nous a écrit à ce personnage en le priant de venir lui parler à la Salpêtrière, le père a répondu par un petit mot très sec qu'il ne pouvait se déranger étant à la campagne. Comme tout justement nous habitions l'été non loin de là, nous lui avons écrit de nouveau qu'il aurait moins de dérangement en venant nous voir à deux pas de chez lui à la campagne : cet individu n'a pas daigné répondre. Cela montre au moins qu'il ne tenait guère à s'expliquer sur l'état de sa fille.

Celle-ci, très malheureuse et très tourmentée à propos de la conduite de son père, s'est reproché toutes sortes de choses, elle présentait au début un véritable délire du scrupule et elle allait se confesser perpétuellement. Un prêtre la prit en pitié, lui conseilla de ne plus voir son père qui se conduisait mal et lui donna toutes sortes de bons conseils. La voici bouleversée par la honte, par les remords, par l'amour pour ce prêtre qui a pris une grande influence sur elle et elle entra dans un hôpital ce printemps en présentant un véritable état de délire. Ce délire ressemblait à de la confusion mentale : elle avait des hallucinations érotiques et mystiques, elle interprétait toutes ses actions dans un sens religieux et symbolique. Elle se souvient encore aujourd'hui de ce délire : « Je sentais, dit-elle, la grâce du bon Dieu, parce que je me brossais les dents dans le bain. Je me voyais ensevelie dans une église, je voyais les catafalques. Le bon Dieu m'a parlé, m'a dit que je vivrais, que je serais heureuse. » Ces délires au cours de la confusion plus ou moins grave sont assez fréquents chez les scrupuleux, nous en avons déjà vu plusieurs exemples.

Elle s'est rétablie cependant, mais d'une manière imparfaite, en effet quand elle est calme dans son bon sens, elle se plaint d'une manière assez raisonnable. Elle dit qu'elle se sent changée, qu'elle n'est pas faite comme auparavant, qu'elle ne comprend plus comme auparavant, qu'elle n'a plus sa volonté à elle, qu'elle ne fait plus, et ne pense plus ce qu'elle veut. Tout cela est très juste, ce sont ces sentiments de diminution de la volonté et de

l'attention, de diminution de la perception de la réalité qui sont si fréquents chez tous les abouliques et qui sont particulièrement développés après une période de confusion.

De tels sentiments inspirent inévitablement l'idée qu'on est changé, qu'on n'a plus sa personne, qu'on est mort, qu'on est ressuscité. Il y a quelque temps nous voyions une pauvre femme qui après la fièvre typhoïde avait conservé pendant quelque temps une singulière illusion. Elle croyait qu'elle était morte pendant sa maladie, puis qu'elle était ressuscitée sur une autre planète. L'arc de triomphe qu'elle voyait de ses fenêtres était une pâle imitation faite par les habitants de la planète de notre arc de triomphe terrestre.

Celle-ci a tout naturellement eu des rêves du même genre, tout-à-fait en accord avec ses secrets désirs : depuis longtemps, elle avait en horreur son véritable père, elle aurait bien voulu le changer contre l'abbé D... ; elle rêva que le changement était réellement accompli. Le caractère religieux de celui-ci changeait les amours terrestres en amours mystiques. Les objets étant devenus pour elle méconnaissables elle se voyait dans un autre monde et par conséquent dans le ciel. Son délire n'était en somme qu'une façon de nous exprimer à sa manière qu'elle avait des troubles de perception de sa personne et du monde extérieur.

Sans doute une personne intelligente et surtout attentive aurait pu distinguer que tout cela n'était qu'un rêve, mais cette distinction du rêve et de la réalité est plus difficile qu'on ne le croit. Les caractères distinctifs s'atténuent fortement dans l'état psychasthénique et il est tout naturel que cette malade dénuée de toute attention ne parvienne pas à faire cette différence. La preuve en est un progrès très curieux qui s'est fait dans sa maladie. Elle se porte en réalité de mieux en mieux ; quelques soins d'hygiène, le repos, quelques directions de son attention ont fort atténué les troubles de perception. Aussi, il y a des jours où elle reconnaît parfaitement que tout cela est un rêve. Elle avoue qu'elle n'y comprend rien, qu'elle n'est plus dans la réalité : « Je sais bien que je ne suis pas au ciel mais où suis-je ? Je ne comprends rien à ce qui se passe. » Mais cette lucidité ne dure pas longtemps et dès qu'elle se fatigue le délire recommence.

C'est donc un cas nouveau de confusion du rêve et de la veille à la suite des troubles de perception des psychasthéniques et nous nous attendons à une guérison à peu près complète.

Observation 231. — **Délire de persécution et délire de scrupule.** — *Ruminations mentales, manie de l'oscillation, inquiétude, sentiment du mauvais fonctionnement cérébral.*

Nous continuons à vous présenter à l'occasion des cas qui sont intermédiaires entre les névroses et les psychoses. Nous sommes persuadés que cette étude est importante pour le neurologiste qui doit savoir que les névroses déterminent presque toujours des troubles de la pensée et se dirigent dans leur développement vers l'aliénation, pour l'aliéniste qui trop souvent ne voit ces maladies que trop tard et ne soupçonne pas leur début purement névropathique.

Voici une personne de 35 ans, Ha..., qui présente ou plutôt qui présentait nettement il y a deux mois les symptômes d'un délire de persécution. Elle venait en effet se plaindre d'être très tourmentée. « On l'endort dans sa chambre, *on* l'hypnotise, *on* la pousse dans le dos, *on* lui fait faire des pirouettes. Mais surtout *on* lui parle à travers le mur, les voix se mêlent de tout ce qu'elle pense, répètent ses pensées, les tournent en ridicule ou bien la distrayent de son travail en lui racontant des bêtises, en lui disant qu'une de ses tantes a cent trente ans. Enfin les voix l'insultent, l'appellent garce, putain, la menacent de la faire mourir à la Salpêtrière, etc. »

Vous notez ici les troubles dans le sentiment des mouvements : « Elle se sent poussée. » Vous remarquerez les hallucinations de l'ouïe qui répètent ses pensées et qui l'insultent, puis les interprétations délirantes, l'idée qu'il s'agit de personnes agissant en travers du mur et qui l'hypnotisent. C'est bien un délire de persécution, encore fruste, mal cohérent, mais qui ne demande qu'à se développer et à se compléter.

Pour l'interprétation de ce délire si singulier et si important, nous voudrions noter ici quelques détails relatifs à son mécanisme et rapprocher cette malade d'autres sujets que nous avons étudiés ensemble. Vous vous souvenez en particulier de la malade présentée mardi dernier et dont le délire de scrupule était si bizarre. Nous avons fait à son propos quelques remarques sur les scrupuleux, sur leur manie de s'accuser eux-mêmes, leur mécontentement de leur personne, leur hésitation, leur inquiétude, etc.

Eh bien, nous voudrions vous montrer qu'il y a beaucoup d'analogie, surtout dans les débuts, entre le délire de la persécution et le délire du scrupule.

Cette personne, Ha..., que nous avons sous les yeux, est aujourd'hui une persécutée, mais elle est en même temps et surtout elle a été depuis longtemps une scrupuleuse. Depuis des années elle est inquiète à propos de son travail, elle se reproche toujours de ne pas travailler suffisamment et elle se tourmente de tout. « Pourra-t-elle gagner sa vie, ne sera-t-elle pas renvoyée, etc. ? » Bien plus, elle avait des manies qui sont tout à fait caractéristiques du délire du scrupule, celle de faire des serments, par exemple, pour s'exciter au travail. Tous les scrupuleux font ainsi des serments pour une foule de choses, c'est un moyen de fortifier en apparence une volonté qu'ils sentent chancelante.

Elle avait aussi une manie bien caractéristique, celle de se poser des alternatives mentales, de faire des sortes de pactes comme les scrupuleux. Une de nos malades scrupuleuses raisonne continuellement ainsi : « Si je fais tel acte, si je joue du piano par exemple, je donne mes enfants au diable ; si je ne fais pas tel acte c'est que je promets à Dieu d'être religieuse, etc. » Un acte entraîne toujours une conséquence qu'elle redoute. Un degré de plus existe chez un autre de nos malades scrupuleux, il sent une voix *intérieure*, qu'il attribue, il est vrai, à une femme de chambre et cette voix lui reproche chacune de ses actions en lui indiquant les motifs et les conséquences plus ou moins réelles. « Tu as pris un fiacre, lui dit la voix, pour éviter de rencontrer des femmes dans le tramway, tu n'en seras pas moins immoral..., etc... » Allons encore un peu plus loin et ces hésitations de la conscience, ces oscillations entre les conséquences diverses, ces remords plus ou moins ridicules vont s'exprimer par une hallucination extérieure et nous aurons le cas de cette pauvre femme qui présente les oscillations des scrupuleux avec la forme des hallucination des persécutés. Quand elle songe à sortir, quand elle hésite entre telle ou telle promenade, elle entend au travers du mur une voix qui se moque d'elle et lui dit : « Si tu vas aux Halles tu seras une vieille putain, si tu vas aux Tuileries tu seras une vieille folle et Suzanne te tuera. » Elle se décide à aller aux Halles et la voix se moque d'elle comme la voix de la femme de chambre de notre scrupuleux et elle lui crie : « C'est vrai que tu es une vieille garce. »

On pourrait constater la même analogie dans beaucoup de

détails du délire. Le point de départ des deux côtés est un sentiment d'inquiétude de l'esprit : il y a dans les deux cas une période de préparation qui est nettement une période d'inquiétude à laquelle les malades réagissent d'une manière ou de l'autre suivant leur caractère et leurs prédispositions antérieures, dans le sens du scrupule quand ils sont doux et timorés, dans le sens du *délire de persécution* quand ils sont plus agressifs et surtout plus orgueilleux.

La grosse difficulté dans l'étude de ces grands délires c'est de comprendre la nature de cette inquiétude fondamentale. Les aliénistes qui ont bien noté cette phase d'inquiétude précédant ces délires systématiques ont presque toujours employé un mot qui nous semble bien vague. Il s'agit toujours, disent-ils, de troubles de la *cœnesthésie.* Voyez encore à ce propos un intéressant mémoire de MM. Vigouroux et Decasse, voyez aussi une discussion curieuse de ce mémoire dans l'article récent de M. Marandon de Montyel. « De la genèse des conceptions délirantes et des hallucinations dans le délire systématisé » dans la Gazette des hôpitaux, 5 juin 1900. M. Marandon fait observer que, déjà en 1888, à la Société médico-psychologique, il attachait ces idées à des troubles antérieurs de l'émotivité qui n'étaient pour lui que des troubles cœnesthésiques.

Tout cela est exact en général, mais que faut-il entendre par ces troubles cœnesthésiques ? Ordinairement on entend par ce mot des sensations anormales venant des divers viscères, des troubles dans la sensibilité du cœur, des poumons, de l'estomac. Sans doute cette femme se plaint de quelques troubles gastriques et intestinaux analogues à ceux que décrivent tous les neurasthéniques : ces troubles sont-ils suffisants pour expliquer le délire ? En aucune façon. Il est facile de constater que de tels troubles beaucoup plus graves existent chez beaucoup de malades sans amener aucun délire, qu'ils peuvent manquer chez beaucoup de scrupuleux et de persécutés, que souvent enfin ils sont la conséquence plutôt que le point de départ du trouble cérébral.

A notre avis, ce sentiment d'inquiétude est cérébral plutôt que viscéral, c'est un sentiment de mauvais fonctionnement cérébral qui joue le rôle principal. Ce qu'il faut analyser ce sont les troubles dans le fonctionnement de l'esprit, troubles que nous connaissons encore très incomplètement. On y constate bien des modifications de l'attention et de la volonté, des exagérations de

l'automatisme, etc... Ces malades ont un *sentiment d'automatisme* dont nous avons souvent parlé, un sentiment de *perte de leur indépendance,* de perte de la volonté dont ils souffrent longtemps avant de délirer.

L'idée obsédante est une sorte de symbole qui résume et réunit tous ces sentiments anormaux des malades relativement au mécanisme de la pensée, c'est pourquoi ils l'accueillent avec tant d'ardeur.

Ce qu'il faudrait pouvoir modifier chez eux c'est cet état de la volonté et de l'attention. Notez qu'ici, par exemple, dès que la malade n'est plus seule, dès qu'elle travaille dans un atelier, au lieu de travailler seule dans sa chambre, son courage se raffermit et les idées fixes diminuent tout naturellement.

Nous avons souvent étudié déjà ce mécanisme du délire et cette analyse de l'état d'inquiétude. Bornons-nous à rappeller aujourd'hui cette analogie qui existe dans les débuts entre les persécutés et les scrupuleux.

Observation 232. — **Obsession de lutte et crise d'agitation.** — *Le symbole et la métaphore dans la lutte physique substitué à la lutte morale, persécution et scrupule.*

Ce malade, un homme de 40 ans, Lrm... qui vient de nous raconter ses misères, est tourmenté par une variété d'obsessions vraiment bien curieuse. L'idée qui tourmente ce malade est plus particulièrement intéressante parce que son contenu le rapproche d'un grand délire, le délire de persécution dont la pathogénie est si peu comprise, et qu'elle est en quelque sorte intermédiaire entre les névroses et les psychoses.

L'étude de cas de ce genre nous amènera plus tard à comprendre par quelles transitions le malade peut passer des états neurasthéniques aux divers troubles de l'aboulie, aux idées obsédantes de scrupule, au délire de persécution. Malheureusement ce malade ne se prête pas très bien aux fines analyses psychologiques, parce qu'il ne parle pas très couramment le français. Son cas va nous servir surtout à poser divers problèmes que les études cliniques de cette année contribueront peu à peu à éclaircir davantage.

Cet homme est déjà venu à la Salpêtrière, il y a pas plus de dix ans, pour consulter Charcot sur ses idées fixes. Nous ne sommes

pas bien sûrs que Charcot l'ait bien compris, car à cette époque il parlait à peine français. On l'a probablement rapproché de ces névropathes voyageurs, juifs pour la plupart, qui cherchent de ville en ville un soulagement à leurs maux et à propos desquels M. Meige a fait sa jolie thèse qui a pour titre « le Juif errant ».

Ce n'était qu'une partie de la vérité : aujourd'hui ce pauvre homme explique mieux son obsession qui est toujours la même et qui a plus de seize ans de durée : tâchons de comprendre cette idée singulière.

Lrm... pense constamment à un de ses amis M. X... qu'il a laissé en Russie et qui était autrefois son associé dans un petit commerce. Mais en pensant à ce personnage, il se figure être en concurrence, ou mieux en lutte avec lui. Il a l'idée « que X... lui fait du tort, lui passe, comme on dit, sur le corps, qu'il s'enrichit, qu'il avance plus que lui. » Ensuite ou presque en même temps, car tout cela est fort confus, il se figure qu'il fait à X... de justes remontrances, que X... les prend mal, qu'il résiste, qu'il lutte, qu'il veut le battre. Notre malade tout en se sentant faible contre X... se croit forcé de résister, de se défendre, il a très peur, mais il faut bien essayer quelque chose. Alors, il invective X..., il cherche à se protéger contre ses coups et même à les lui rendre, c'est dans son imagination une bataille terrible contre ce pauvre X... La bataille ne reste pas uniquement dans la pensée : Lrm... prend des attitudes de combat, envoie en l'air des coups de poing, il court en avant, en arrière, il mord ses propres poings à la place de ceux de son adversaire, et tout couvert de sueur il court se sauver. Cette bataille imaginaire occupe plusieurs heures chaque jour, elle épuise le pauvre homme, qui est toujours fatigué, craintif et qui garde le sentiment perpétuel qu'il est vaincu dans ce combat.

Ajoutez les caractères habituels des obsessions, l'angoisse surtout, ce trouble respiratoire qui accompagne souvent le développement de l'obsession, la conscience à peu près complète, car le malade sait bien que ce combat est absurde, qu'il est seul dans sa chambre et que X... est au fond son meilleur ami : ajoutez les doutes, les interrogations, les hésitations à propos de cette hostilité de X... Ce sont là des caractères généraux communs à tous les obsédés, tandis que le contenu spécial de l'obsession, l'idée de lutte contre un ancien ami et de défaite, est tout à fait spéciale et doit nous intéresser.

Avant de rechercher l'origine de cette idée, remarquez en passant un détail. La lutte entre Lrm... et X..., si tant est qu'elle ait jamais existé, a été une lutte morale, lutte entre deux commerçants associés qui cherchaient à se dépasser l'un l'autre, tout au plus à se voler l'un l'autre. Au contraire, dans son obsession la lutte est matérielle : ils se battent à coups de poing, ils se mordent et Lrm... a une peur affreuse des coups qu'il va recevoir. Il y a là comme une métaphore qui transforme l'idée en image, la lutte morale en lutte physique. Ce caractère est fréquent dans les rêves et l'on sait combien les délires, les divers états automatiques et l'obsession en particulier se rapprochent des rêves. Permettez-nous de vous rapporter cet exemple donné par un auteur italien Sante de Sancti dans son dernier livre très intéressant « sur les songes ». Un individu tourmenté par des embarras financiers est toute la journée préoccupé par la pensée de ses créanciers qui le harcèlent. Il s'endort avec cette idée triste, dans son sommeil il rêve qu'il est tourmenté, harcelé comme dans la veille. Mais les tourments sont tout autres, ils sont physiques : ce sont des piqûres continuelles sur toute la peau et ses ennemis sont simplement des poux dont il est couvert : les créanciers se sont transformés en poux. Ici la bataille physique est quelque chose du même genre, une expression imagée propre au rêve d'une lutte qui préoccupe le sujet.

Cette idée de lutte obsédante est une sorte d'idée de persécution. D'où vient-elle ? Remontons pour la chercher le cours de la vie du malade. Il nous explique lui-même un trait de son caractère qui en est le point de départ. « Je n'ai jamais pu supporter, dit-il, *la pensée que quelqu'un était fâché contre moi.* » Cette idée que quelqu'un est mécontent de lui, lui en veut, l'a toujours bouleversé : à cette pensée il s'agite, il remue, il court, il se met en sueur, il a à la fois une émotion intense et une grande agitation physique.

Il faudrait, pour son bonheur, qu'il fût convaincu de la sympathie de tous ceux qui l'entourent: « *j'ai besoin d'être aimé* », dit-il tristement. Le mot est joli, ne croyez pas qu'il soit rare, nous connaissons une collection de malades qui le répètent, nous avons plusieurs belles observations d'individus, hommes ou femmes peu importe, qui se livrent à toutes sortes d'absurdités pour « être aimés ». C'est un besoin tout spécial de certains esprits faibles et qu'il ne faut pas confondre avec l'amour proprement dit. Notre

homme a toujours eu ce besoin, il a toujours horriblement redouté la pensée que quelqu'un était fâché contre lui et cette pensée devenait facilement une obsession terrible pour le plus léger prétexte, parce qu'elle correspondait à une disposition fondamentale de son esprit. Un reproche quelconque de son associé, la simple idée de la concurrence commerciale a suffi pour faire éclore l'obsession qui le tourmente encore maintenant.

Pourquoi, direz-vous, a-t-il à un si haut degré cette crainte de voir des gens fâchés contre lui, pourquoi a-t-il ce désir exagéré d'être aimé, d'être approuvé, d'être encouragé? Nous en trouvons la raison dans une autre disposition d'esprit qui cette fois nous est bien connue, car nous l'avons souvent étudiée l'année dernière. « Ce qui me tourmente le plus, c'est que tout le temps je crois que je fais mal, que j'ai tort, que je me conduis mal... chaque chose que je fais, aussitôt j'en ai du repentir, je crois qu'il faut faire autrement. » Cette fois c'est le véritable scrupule, ce mécontentement de soi-même qui a sa source dans une inquiétude permanente et dans le défaut de la volonté. Nous avons souvent eu l'occasion de revenir sur ces rapports du délire du scrupule et de l'aboulie.

Pour le moment, remarquons que c'est un mécontentement de soi-même qui amène ces esprits à désirer les conseils, les encouragements, l'affection d'autrui. Ils ont aussi besoin d'une atmosphère de sympathie pour les rassurer, ils ne peuvent pas tolérer la moindre hostilité parce qu'ils se sentent au fond incapables d'affronter la lutte : de là quelquefois une susceptibilité invraisemblable et de véritables obsessions dans le genre de celle-ci qui les rapprochent des persécutés. Dans certains cas, le délire de persécution et le délire du scrupule ont une même origine, l'épuisement nerveux, l'émotivité, le défaut complet de volonté personnelle.

Quelle est, chez cet homme, l'origine première de cette faiblesse mentale et nerveuse ? Remarquons qu'il est russe et qu'il est d'origine israélite, et il est vraiment frappant de constater dans cette race un nervosisme tout particulier. Ajoutez que son père était un timide, un craintif, un scrupuleux comme lui. Vous comprendrez qu'il ne fait qu'exagérer les dispositions que son père lui a transmises. Dans un cas fort curieux de scrupule et d'hypocondrie, nous avons pu remonter à trois générations et voir chez l'aïeul, le grand-père et le père, la transmission, sans cesse exagérée, de ce même caractère : c'est ici un cas du même genre.

Espérez-vous maintenant chez cet homme de quarante ans supprimer facilement cette obsession ? Si bizarre qu'elle semble au premier abord elle n'est que l'expression un peu métaphorique de son inquiétude, de son aboulie qui existaient dès son enfance et qui existaient chez son père. Quelques toniques et quelques encouragements pourront seulement diminuer un peu cette faiblesse de volonté avec laquelle il lui faut vivre.

Observation 233. — **Délire de persécution à la suite des sentiments d'incomplétude.** — *Émotions, agitation physique et mentale, troubles de perception, sentiment de perte de la liberté, manie de l'oscillation.*

Cette dame de 45 ans, Xs..., présente actuellement un délire des plus nets dont le diagnostic semble bien facile. Depuis plus de quinze ans, elle est tourmentée par des voix qu'elle entend au dehors et qui l'agonisent d'insultes. Ces voix lui disent toutes les grossièretés possibles, la traitent de « salope et de putain », elles lui commandent des actions et s'occupent de toute sa vie : « Tu viendras, tu iras ici ou je te poignarderai..., etc. » Bien plus les individus qui font entendre ces paroles troublent tout son corps, lui changent ses sensibilités, la rendent insensible « comme une planche » quand elle est avec son mari, ou agissent sur elle à distance « comme s'ils avaient avec elle des rapports à distance, ce qui n'est pas naturel non plus ». A ces quelques indications vous reconnaissez le délire de persécution qui semble être ici déjà très développé.

Mais cette malade présente un trait assez rare chez les persécutés, elle semble avoir gardé un assez bon caractère. Elle est bavarde, elle est heureuse de s'expliquer et ne se fâche pas si l'on discute ses idées, ni même si on en sourit un peu : il semble qu'elle ne soit pas bien convaincue de leur vérité. Ce caractère plus fréquent qu'on ne le croit chez les persécutés, quand ils ne sont pas trop avancés dans l'évolution de leur délire, rend son étude plus facile ; il nous permet d'insister sur un point curieux de l'histoire des persécutés.

Nous vous avons déjà signalé l'analogie curieuse qui existe au début entre les persécutés et les scrupuleux et les troubles de la volonté que l'on peut considérer comme le point de départ du

délire chez les uns et chez les autres. Le début de cette maladie est à ce point de vue très remarquable. Les antécédents héréditaires ne semblent pas bien nets, quoique une cousine germaine ait été aliénée. Cette femme a eu une jeunesse normale, elle avait un caractère très doux, mais elle était émotive et très susceptible. Notons aussi une grande tendance à la rêverie et probablement une volonté assez faible, quoiqu'il n'y eût pas à ce moment de dispositions bien nettes au délire du scrupule. Elle se maria à vingt ans, elle eut trois enfants qu'elle éleva très bien et tout allait parfaitement bien, si ce n'est que souvent elle se sentait très fatiguée d'une manière plutôt exagérée.

A l'âge de vingt-cinq ans, elle eut une violente émotion : elle était partie à la campagne chez ses parents, laissant son mari seul à Paris. Un jour, et c'était justement pendant la période des règles, elle reçut une dépêche d'un médecin la rappelant brusquement auprès de son mari. Elle rentra très vite, tout à fait au désespoir, le croyant mort. Il n'avait en réalité qu'une fièvre scarlatine assez grave, sa femme déjà bouleversée s'épuisa à le soigner.

Sous cette double influence de l'émotion violente, du trouble des règles, de l'épuisement consécutif nous voyons commencer cet abaissement des fonctions nerveuses et mentales que nous vous avons déjà présenté comme une oscillation du niveau mental. Xs... devint émotive au possible : elle ne se calmait jamais, elle s'ennuyait de tout, elle marchait au hasard dans Paris, car elle ne pouvait plus travailler avec précision. Elle n'avait plus d'attention, ne percevait plus bien les choses, « se sentait comme environnée d'un nuage qu'elle avait envie d'écarter avec les mains, etc. ».

Sur ces entrefaites, un ami du mari fort peu délicat, lui fait la cour : au milieu de péripéties qu'elle raconte trop longuement, il l'emmène dans un hôtel borgnè. Quoiqu'elle ait horreur de lui, quoiqu'elle n'aime que son mari, elle se laisse faire presque sans résistance et elle garde de cette scène une impression d'épouvante.

Elle se confie alors à un médecin qui semble avoir eu sur elle une excellente influence, il la rassure, la console, car elle commençait alors une sorte de délire du scrupule, il lui donne un peu d'attention et de volonté, en un mot, il remonte son niveau mental. Mais voici un nouveau malheur. Ce médecin adroit tombe malade et la renvoie à un remplaçant qui ne s'intéresse pas à

ces maladies bizarres, qui la bouscule et la renvoie, ce qui la met au désespoir.

Jusqu'ici, c'est une aboulique, une débile, qui a des troubles de perception et de la mémoire par insuffisance d'attention ou si vous voulez par abaissement de la tension nerveuse. Ce n'est rien de plus : elle peut conserver cette forme d'aboulie et on en fera une neurasthénique, elle peut verser dans le délire du scrupule ou dans le délire de persécution.

C'est cette dernière forme que va revêtir la maladie. La malade ne voulut plus retourner chez les médecins ; mais d'autre part, elle continue à éprouver le besoin d'une direction. De là une lutte dans son esprit, une dispute qui se continue indéfiniment et qui prend bien vite la forme hallucinatoire. Elle se sent poussée à venir chez un médecin, deux fois elle descend l'escalier après être montée sans savoir pourquoi, à la fin, il faut qu'elle cède et qu'elle retourne chez lui. Tous ses actes lui semblent transformés : comme chez les malades précédents, il lui semble que ce n'est plus elle qui sent, qui mange, qui dort, qui lit. « Ce sont les voix qui lisent à ma place, ce sont les voix qui me font uriner... » Il y a là un sentiment intellectuel comme disent les psychologues, un de ces sentiments analogues au sentiment d'attention ou aux sentiments qui ont été étudiés sous le nom d'illusions du déjà ou du jamais vu, etc. Ce sentiment intellectuel est le sentiment de la perte de la liberté, de la perte de la spontanéité. C'est lui que nous considérons, dans bien des cas, comme le point de départ du délire de persécution. L'histoire de cette malade semble bien démontrer cette interprétation.

Observation 234. — **Inquiétudes obsédantes à forme d'idée de persécution.** — *Antécédents, inquiétudes, idées obsédantes de persécution.*

Un de nos confrères nous demande de lui écrire quelques mots à propos de ce malade, il s'agit presque d'une question médico-légale. Des parents du malade le représentent comme atteint du délire de persécution, le médecin qui l'a examiné ne croit pas au délire de persécution, mais il est disposé à supposer la paralysie générale au début. Sauf erreur, notre diagnostic ne donne raison

ni aux uns, ni aux autres et il est beaucoup moins grave : souhaitons d'avoir raison.

Ce brave homme, qui a 38 ans, ne présente des troubles nerveux que depuis très peu de temps, depuis trois mois seulement. Les antécédents ne sont pas bien graves ; son père buvait un peu, la mère était nerveuse et colérique. Il n'y a pas d'aliénés dans la famille. Il a toujours été un garçon sinon malade du moins faible, physiquement et moralement, un individu sans volonté, indécis, hésitant et perpétuellement inquiet. Cependant il a à peu près échappé aux grands troubles des obsessions qui attendent ce genre de personnes, de vingt à trente ans ; il aurait eu cependant quelques petites crises de mélancolie, mais sans gravité : il s'est marié et son ménage ne marche pas trop mal.

Au commencement de décembre dernier, il a reçu une lettre anonyme où on lui denonçait la conduite de sa femme. Celle-ci lui a déclaré que ce n'était qu'une méchanceté et qu'il ne fallait pas s'en préoccuper. Il eut la sottise de parler de cette lettre à son atelier et ses camarades en ont fait des gorges chaudes. Le voici déjà troublé et plus inquiet qu'à l'ordinaire. A peu près en même temps, si nous ne nous trompons, il a été mêlé à une autre aventure désagréable : il a été forcé de dénoncer un individu qui volait dans l'atelier et il a contribué à le faire arrêter. De là des craintes de vengeance, qui se mêlent aux inquiétudes causées par les moqueries précédentes.

Sous cette double influence, le voici qui, aux environs de Noël, sent que sa santé s'altère ; il a des maux de tête continuels ; sa tête ne pèse plus normalement sur ses épaules, elle est trop lourde ou trop légère. Elle ne paraît pas reposer sur l'oreiller : « C'est, dit-il, comme si elle s'en allait. » En même temps, il a des douleurs d'estomac, il digère difficilement et sent la bouche mauvaise ; la langue, d'ailleurs, est très saburrale. Il éprouve une sensation de fatigue dans tous les membres et, quand il veut faire un effort, ses mains se mettent à trembler. Le voici qui, après s'être plaint quelque temps de ces divers symptômes, se met à en fournir, tout d'un coup, une explication inattendue. Il prétend qu'en soufflant dans son chalumeau, il a senti un très mauvais goût. Ce goût certainement n'était pas naturel et devait provenir d'une substance dangereuse, d'un poison introduit dans le chalumeau. Il s'agissait probablement d'une tentative d'empoisonnement faite par un de ses camarades. Cette accusation se répète, se précise,

devient perpétuelle. Il prétend que ses camarades lui en veulent, qu'ils cherchent à le tuer par le poison et il va demander au médecin un certificat médico-légal d'empoisonnement. C'est à ce moment que les parents et peut-être aussi les camarades parlent du délire de persécution et que le médecin, comme nous l'avons dit, parle de paralysie générale.

Procédons par élimination. Il est bien évident que nous ne nous arrêtons pas à son propre diagnostic d'empoisonnement. L'histoire aurait commencé à Noël et nous sommes en février, sans que les symptômes aient changé le moins du monde. En réalité, sauf ce trouble gastrique léger et l'état saburral de la langue, il continue à se porter assez bien : il n'a pas été empoisonné.

Mais s'il le croit, c'est, dit-on, qu'il a un délire de persécution. Entendons-nous, il a quelques idées conscientes de persécution, mais il n'a certainement pas le grand délire systématique. Jusqu'à l'âge de 38 ans, il a été un homme doux, sans volonté et n'a aucunement présenté l'orgueil et la susceptibilité des persécutés. La maladie n'existe que depuis deux mois et n'a pas la longue évolution du délire de Lasègue. D'ailleurs pas d'hallucinations de l'ouïe, pas de conviction dans le délire qu'il abandonne très facilement, c'est un diagnostic erroné.

L'opinion de son médecin est beaucoup plus grave : celui-ci veut voir ici un commencement de paralysie générale. Il s'appuie sur le tremblement de la langue, des lèvres et des mains et sur un certain degré d'excitation génitale qui existerait, paraît-il. Ces symptômes ne sont pas très nets ; nous avons bien vu un certain tremblement des mains, quelquefois assez accentué ; mais nous n'avons pas vu de tremblement des lèvres. D'ailleurs le tremblement ne suffit pas pour un diagnostic aussi grave. Il existe dans l'éthylisme et dans beaucoup d'affaiblissements nerveux, il faudrait d'autres symptômes physiques. Or les réflexes sont normaux partout et l'examen des yeux, si important en pareille matière, est tout à fait négatif. Pas d'inégalité pupillaire, pas de troubles des réflexes lumineux ; enfin la parole dont l'altération est si caractéristique chez le paralytique ne nous semble pas modifiée. Il paraît qu'il bredouille quand il est ému et il ne l'a pas fait devant nous, mais la parole du paralytique n'est pas un bredouillement accidentel. Au point de vue psychique, même remarque : ce qui est essentiel chez le paralytique, on ne saurait trop le répéter, c'est la démence globale. Or, ce malade ne peut pas être comparé à un

dément, il a toute sa mémoire, il ne commet aucune excentricité. Nous trouvons même qu'il accepte assez bien la discussion de ses obsessions et qu'il ne se montre pas trop bête quand il les rattache lui-même à son ancienne manie d'inquiétude. Nous disons donc que pour nous, sauf erreur, ce malade n'est pas un paralytique général, peut-être a-t-il présenté un jour à notre confrère des symptômes plus accentués que nous ne retrouvons pas aujourd'hui.

De quoi s'agit-il donc ? La plupart des médecins auraient prononcé, pour le diagnostic de l'affection de ce malade, un mot que nous nous étonnons de n'avoir pas encore entendu : *C'est un neurasthénique*. Il a, en effet, la plupart des symptômes classiques : le mal de tête, le casque, le mal d'estomac, la langue pâteuse, le tremblement, la faiblesse, etc. Pourquoi n'employons-nous pas ce mot ? A ce propos, permettez-nous une petite remarque, nous avons l'habitude au commencement de cette leçon du mardi de vous présenter un cas de *névroses* ; il ne faut pas, à côté du diagnostic difficile des maladies organiques, négliger ces affections encore sans lésions bien connues, qui jouent en pratique un si grand rôle. Eh bien, au milieu de tous ces névropathes que nous avons étudiés depuis plusieurs années, nous vous avons bien rarement présenté des cas de neurasthénie. C'est surprenant puisqu'il est si bien entendu, en ville, que tous les névropathes sont des neurasthéniques. Cette rareté ne dépend pas de notre faute. Ce n'est pas de parti pris que nous excluons le neurasthénique et même, comme nous avions fait déjà la remarque précédente, nous désirions vous en présenter. Malheureusement ce n'est pas facile. Ceux que le public appelle des neurasthéniques rentrent presque toujours dans d'autres catégories. Ce sont des hystériques et surtout des psychasthéniques avec des tics, des manies, des phobies ou des obsessions qui se rattachent aux variétés de l'aboulie, de l'hypocondrie, du délire du scrupule, etc. Le neurasthénique vrai, celui que Beard a décrit, est beaucoup plus rare qu'on ne se l'imagine : l'épuisement nerveux simple, accidentel, passager, ne déterminant que des troubles organiques et sans troubles mentaux bien nets n'est pas fréquent. On le trouvera chez des jeunes gens surmenés de travail : c'est la maladie des candidats à Polytechnique, maladie qui se guérit par deux mois de vacances. Nous n'avons pas affaire à cette maladie à l'hôpital. Ceux qui en sont atteints ne s'y présentent pas. Retenez que la neurasthénie vraie est rare et hésitez avant de faire ce diagnostic.

De quoi donc s'agit-il dans le cas présent ? D'une crise d'obsession favorisée, si vous voulez, par une faiblesse nerveuse préalable, mais qui est surajoutée à cette faiblesse et qui constitue la maladie actuelle. La neurasthénie chez cet homme, si on veut employer ce mot, existait autrefois quand il ne se plaignait de rien. C'était une insuffisance des fonctions nerveuses, un défaut d'énergie mentale qui pouvait servir de point de départ à toutes les maladies de l'esprit. La neurasthénie n'est le plus souvent qu'un terrain cérébral, si l'on peut ainsi parler, sur lequel peuvent germer tous les troubles psychologiques.

Notez d'ailleurs que cette faiblesse peut être congénitale ou acquise. Dans le cas présent, ce sont les émotions du mois de décembre qui ont bouleversé ce pauvre homme déjà inquiet. N'oubliez pas que de telles obsessions amènent des troubles de la santé physique et surtout les troubles de l'estomac. Mais ces perturbations de la santé physique peuvent aller beaucoup plus loin : de grandes maladies de peau, l'eczéma, le lichen, des formes variées d'urticaire peuvent les accompagner et il ne faut pas, à cause de ces troubles physiques, s'égarer loin du diagnostic moral. Nous espérons que quelques précautions morales feront plus pour guérir ce malade que tous les remèdes. Nous espérons qu'une fois rassuré, il ne présentera plus ces symptômes inquiétants qui ont fait penser à la paralysie générale.

Observation 235. — **Obsession ou délire de persécution.** — *Hallucinations, délire systématique de persécution, délire épisodique dans la psychasthénie, nombreux cas intermédiaires.*

Lorsqu'on assiste au début des maladies mentales, on est tout étonné de ne pas leur trouver la netteté et la précision qu'elles ont dans les descriptions classiques, et l'on est forcé d'hésiter longtemps entre plusieurs diagnostics qui comportent des pronostics tout différents. Cette jeune fille de 25 ans, Lma..., nous est amenée par ses parents comme une délirante, car ceux-ci ont observé avant tout un langage, des allures qui supposent un trouble dans les idées, une folie. Depuis cinq ou six mois surtout, les symptômes sont nets : cette jeune fille ne veut pas aller à son atelier, elle ne veut plus travailler, elle hésite beaucoup pour

sortir ou pour se montrer. « Elle a raison de se cacher, dit-elle, car tout le monde lui en veut, tout le monde parle d'elle pour en dire du mal. On la montre du doigt, on chuchotte, bien mieux elle devine ce qu'on dit et même elle entend des voix quand les gens paraissent ne rien dire. » Ces voix la menacent de l'empoisonner, de l'arrêter pour la conduire au poste. Il lui semble même voir des personnes qui sont mortes et qui reviennent pour l'injurier. Elle essaye d'interpréter ce mauvais vouloir universel et par une sorte de délire rétrospectif elle se reproche des fautes : « elle aurait mal répondu à son père, l'aurait maltraité pendant qu'il était ivre. Ce sont ces voix qui lui reprochent cette faute. »

Si on ne considére que ces symptômes apparents, c'est bien un délire de persécution avec ses constructions, sa systématisation, ses réflexions rétrospectives et même ses hallucinations. On dit d'ordinaire, surtout depuis Lasègue, qu'un semblable délire est absolument fatal, qu'il commence dans la jeunesse et évolue nécessairement jusqu'à la mort en parcourant plus ou moins régulièrement les phases bien connues d'inquiétudes, d'hallucinations, de délire systématisé, de mégalomanie, de démence. Tout cela nous paraît bien systématique et un peu exagéré.

Déjà, sous l'influence des études de Magnan surtout, on avait distingué les idées de persécution passagères, survenant comme bouffées délirantes chez ces individus que nous appelons des psychasthéniques ; dans ce cas le délire aurait une tout autre portée, il se développerait rapidement, mais pourrait disparaître de même ou se transformer. Ces deux catégories de persécutés sont ordinairement nettement opposées et l'on peut faire rentrer les malades dans l'une ou dans l'autre. Il arrive cependant que les choses soient moins simples et que l'on se trouve en présence de cas intermédiaires ou de malades qui peuvent passer d'une catégorie à l'autre. Dans le cas présent s'agit-il d'un délire épisodique ou d'un délire systématisé à évolution fatale ? Il y a des raisons importantes à faire valoir pour l'une et pour l'autre supposition.

Pour la première, la bouffée délirante des psychasthéniques, nous remarquerons que le père était fortement alcoolique, que cette personne a eu une grave fièvre typhoïde à l'âge de dix ans, qu'au début de l'accident actuel, elle a eu l'influenza. Ajoutons qu'elle a commencé par des troubles généraux de la sensibilité viscérale et de la volonté. Elle a perdu l'appétit, elle refusait de

manger et elle se sentait mal à son aise. Elle a beaucoup d'amnésie continue, ne se souvient plus guère des choses récentes. Elle n'a aucune énergie, ne peut se décider à rien, s'ennuie de tout. C'est bien l'état d'esprit de ces individus qui ne sont pas nettement hystériques, mais qui ont cependant un cerveau engourdi et qui sont disposés à prendre n'importe quelle obsession tout à fait accidentelle. Ici, on pourrait même trouver l'incident qui a déterminé la direction particulière de l'obsession. Au mois d'août dernier, c'est-à-dire, en réalité, à peu près au début de ses troubles, elle a eu des démêlés avec un jeune homme qui avait été, il y a quatre ans, son fiancé et avec qui elle avait rompu. Il a réclamé une bague, paraît-il, et il l'a menacée de faire du scandale si elle se mariait. Elle est rentrée à l'atelier toute bouleversée. On pourrait donc dire : fille d'alcoolique, maladies infectieuses, engourdissement cérébral, troubles viscéraux, aboulie et, à propos d'un incident quelconque, à propos d'une menace, idée de danger, de poursuite, et en somme, obsession de la persécution. Cette hypothèse semblerait justifiée par le développement rapide du délire arrivant en quelques mois à l'hallucination auditive.

Malheureusement, on doit faire d'autres remarques qui peuvent nous incliner dans une autre direction. Cette jeune personne a toujours été passablement bizarre, et, en somme, le délire qu'elle a actuellement n'est nouveau que par son exagération. Il semble avoir existé en germe depuis longtemps. Depuis son enfance, elle avait un mauvais caractère et des crises de colère déterminées toujours par le même motif, la jalousie. Elle était extrêmement préoccupée de ce que pouvait penser et dire sur elle les autres personnes. Elle écoutait pour savoir si on parlait d'elle, elle était horriblement susceptible et avait un caractère orgueilleux qui se blessait de la moindre des choses. Tout ce que l'on disait, elle se figurait que c'était à son propos. Remarquez que tous ces traits de caractère sont remarqués par ses parents et par ses compagnes depuis des années ; or, c'est justement là ce que M. Falret décrivait si bien sous le nom d'enfance des persécutés. Il s'agit bien d'un délire qui prend sa source dans le caractère individuel et qui n'en est que l'exagération. Nous voici ramenés au délire de Lasègue.

Eh bien ! ces distinctions nous paraissent outrées. Les deux choses se confondent bien souvent. Quand on délire, même accidentellement, on délire toujours dans le sens de son caractère

antérieur. Il s'agit bien ici d'un trouble général et accidentel déterminé, et par les maladies infectueuses et par l'émotion. L'air maladif, l'ahurissement, l'inertie nous montrent bien l'engourdissement cérébral considérable ; la forme particulière du délire dépend à la fois et de la menace du mois d'août dernier et du caractère antérieur.

Ce n'est que plus tard que les choses se préciseront. Si l'engourdissement actuel disparaît ainsi que les troubles de la nutrition, de la sensibilité, de la volonté, et si le délire persiste, il pourra se systématiser de plus en plus et engendrer la maladie de Lasègue ; mais il est plus probable que si ces troubles généraux disparaissent, l'obsession elle-même disparaîtra avec eux. Il n'y aura plus qu'une prédisposition à retomber dans les idées de persécution à propos de tous les affaiblissements cérébraux. On l'a fait entrer à l'hôpital, quoique nous ne puissions guère lui faire ici l'éducation qui conviendrait, parce que le changement de milieu peut avoir une influence favorable.

Observation 236. — **Délire de persécution et délire érotique.**

Encore un état délirant à comparer avec le précédent : c'est un cas presque semblable. Il s'agit encore d'une histoire amoureuse et cependant nous sommes bien plus embarrassés pour le diagnostic et même pour le pronostic.

Cette petite jeune fille, Druo..., a 21 ans, bien qu'elle en paraisse à peine 15. Elle va déjà un peu mieux et n'a plus tout à fait l'attitude bizarre qu'elle avait en entrant il y a huit jours. A ce moment, elle était agitée, elle parlait incessamment et elle vous aurait raconté elle-même son histoire. Elle attendait impatiemment M. Alphonse, qui allait venir la chercher, l'emmener, l'épouser. Elle en était bien sûre, car il le lui répétait sans cesse. Aujourd'hui, elle est un peu plus calme, elle soupçonne que M. Alphonse ne viendra pas ici, elle est un peu attristée.

Voici de quoi il s'agit : Sans antécédents héréditaires bien nets, cette jeune fille a toujours été très nerveuse, facilement obsédée. A 18 ans, elle a vu dans son pays un certain M. Alphonse, fils d'un gros commerçant. On a dit devant elle qu'il était gentil, et elle s'en est éprise. Au début, passion exagérée, ridicule, mais non maladive. Depuis quelques mois, à la suite d'un concert où

elle l'a rencontré, tout s'est gâté. Non seulement elle en parle jour et nuit, mais, ce qui est plus grave, elle lui parle, elle cause avec lui. En effet, elle s'est mise à l'entendre d'une manière extrêmement précise. Tantôt il lui tient des conversations d'amoureux, tantôt il lui fait des reproches et ils se disputent. L'hallucination de l'ouïe est tout à fait complète et elle n'admet pas que ce soit imaginaire, l'hallucination de la vue est moins nette. Comme elle dit, elle le voit et elle ne le voit pas, elle convient que c'est imaginaire. Il n'y a jamais eu hallucination de tact, et c'est un fait à noter, autant qu'il le semble, aucun phénomène érotique. Après les hallucinations sont venues les impulsions, et la jeune fille s'est sauvée de chez elle, soit pour le rejoindre, soit pour voir des messieurs dans un château. Ces messieurs se rattachaient à Alphonse d'une manière indirecte, car l'histoire devient compliquée.

En effet, et c'est ce qui nous inquiète, l'histoire se complique. En partie à cause des discours des parents qui ont trompé cette enfant pour la conduire d'abord à l'hôpital de son pays, puis pour l'amener ici, en raison également de ses propres imaginations, elle a construit sur le compte de ce pauvre Alphonse tout un roman, des rendez-vous donnés, des efforts en commmun pour effacer les distances, rompre les obstacles, des histoires confuses sur le téléphone, sur les influences électriques, etc. C'est tout un délire compliqué, dans lequel les plus petits incidents sont englobés et interprétés avec précision. Nous avouons que nous préférerions l'obsession simple avec hallucination érotique de tous les sens, comme nous en avons vu encore l'année dernière. C'est plus franchement hystérique, cela guérit plus vite. Ici, nous avons un délire systématique autour d'un amour presque platonique. Les grands délires systématisés sont toujours graves : on peut se demander s'il ne s'agit pas ici d'une sorte de paranoïa, d'un délire systématique primitif qui va se développer d'une manière dangereuse.

INDEX ANALYTIQUE DES MATIÈRES

TABLE DES CHAPITRES

Travaux du laboratoire de Psychologie de la Clinique à la Salpêtrière
(Quatrième série)

Prof[rs] F. Raymond et Pierre Janet

Les Obsessions et la Psychasthénie

II

*Fragments des leçons cliniques du mardi
sur les états neurasthéniques, les aboulies,
les sentiments d'incomplétude,
les agitations et les angoisses diffuses, les algies, les phobies,
les délires du contact, les tics, les manies mentales,
les folies du doute, les idées obsédantes, les impulsions,
leur pathogénie et leur traitement*

AVEC 22 GRAVURES DANS LE TEXTE

Paris, FÉLIX ALCAN, éditeur, 1903.

FÉLIX ALCAN, Éditeur
ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie

PHILOSOPHIE — HISTOIRE

CATALOGUE
DES
Livres de Fonds

On peut se procurer tous les ouvrages qui se trouvent dans ce Catalogue par l'intermédiaire des libraires de France et de l'Étranger.

On peut également les recevoir franco *par la poste, sans augmentation des prix désignés, en joignant à la demande des* TIMBRES-POSTE FRANÇAIS *ou un* MANDAT *sur Paris.*

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108
Au coin de la rue Hautefeuille
PARIS, 6e

NOVEMBRE 1902

Les titres précédés d'un *astérisque* sont recommandés par le Ministère de l'Instruction publique pour les Bibliothèques des élèves et des professeurs et pour les distributions de prix des lycées et collèges.

BIBLIOTHÈQUE DE PHILOSOPHIE CONTEMPORAINE

Volumes in-12, brochés, à 2 fr. 50.

Cartonnés toile, 3 francs. — En demi-reliure, plats papier, 4 francs.

La *psychologie*, avec ses auxiliaires indispensables, l'*anatomie* et la *physiologie du système nerveux*, la *pathologie mentale*, la *psychologie des races inférieures et des animaux*, les *recherches expérimentales des laboratoires*; — la *logique*; — les *théories générales fondées sur les découvertes scientifiques*; — l'*esthétique*; — les *hypothèses métaphysiques*; — la *criminologie* et la *sociologie*; — l'*histoire des principales théories philosophiques*; tels sont les principaux sujets traités dans cette Bibliothèque.

ALAUX, professeur à la Faculté des lettres d'Alger. **Philosophie de V. Cousin.**
ALLIER (R.). ***La Philosophie d'Ernest Renan.** 1895.
ARRÉAT (L.). ***La Morale dans le drame, l'épopée et le roman.** 2ᵉ édition.
— ***Mémoire et imagination** (Peintres, Musiciens, Poètes, Orateurs). 1895.
— **Les Croyances de demain.** 1898.
— **Dix ans de critique philosophique.** 1900.
BALLET (G.), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. **Le Langage intérieur** et les diverses formes de l'aphasie. 2ᵉ édit.
BEAUSSIRE, de l'Institut. ***Antécédents de l'hégél. dans la philos. française.**
BERGSON (H.), de l'Institut, professeur au Collège de France. ***Le Rire.** Essai sur la signification du comique. 2ᵉ édition. 1901.
BERSOT (Ernest), de l'Institut. ***Libre philosophie.**
BERTAULD. **De la Philosophie sociale.**
BINET (A.), directeur du lab. de psych. physiol. de la Sorbonne. **La Psychologie du raisonnement**, expériences par l'hypnotisme. 3ᵉ édit.
BOS (C.). **Psychologie de la croyance.** 1902.
BOUGLÉ, prof. à l'Univ. de Toulouse. **Les Sciences sociales en Allemagne.** 2ᵉ éd. 1902.
BOUCHER (M.). **L'hyperespace, le temps, la matière et l'énergie.** 1903.
BOUTROUX, de l'Institut. ***De la contingence des lois de la nature.** 4ᵉ éd. 1902.
BRUNSCHVICG, professeur au lycée Condorcet, docteur ès lettres. ***Introduction à la vie de l'esprit.** 1900.
CARUS (P.). ***Le Problème de la conscience du moi**, trad. par M. A. MONOD.
CONTA (B.). ***Les Fondements de la métaphysique**, trad. du roumain par D. TESCANU.
COQUEREL FILS (Ath.). **Transformations historiques du christianisme.**
COSTE (Ad.). ***Les Conditions sociales du bonheur et de la force.** 3ᵉ édit.
CRESSON (A.), agrégé de philos. **La Morale de Kant.** (Couronné par l'Institut.)
DAURIAC (L.), professeur au lycée Janson-de-Sailly. **La Psychologie dans l'Opéra français** (Auber, Rossini, Meyerbeer). 1897.
DANVILLE (Gaston). **Psychologie de l'amour.** 2ᵉ édit. 1900.
DUGAS, docteur ès lettres. ***Le Psittacisme et la pensée symbolique.** 1896.
— **La Timidité.** 2ᵉ éd. 1900.
— **Psychologie du rire.** 1902.
DUNAN, docteur ès lettres. **La théorie psychologique de l'Espace.** 1895.
DUPRAT (G.-L.), docteur ès lettres. **Les Causes sociales de la Folie.** 1900.
DURAND DE GROS. **Questions de philosophie morale et sociale.** 1902.
DURKHEIM (Émile), chargé du cours de pédagogie à la Sorbonne.* **Les règles de la méthode sociologique.** 2ᵉ édit. 1901.
D'EICHTHAL (Eug.). **Les Problèmes sociaux et le Socialisme.** 1899.
ENCAUSSE (Papus). **L'occultisme et le spiritualisme.** 1902.
ESPINAS (A.), prof. à la Sorbonne. * **La Philosophie expérimentale en Italie.**
FAIVRE (E.). **De la Variabilité des espèces.**
FÉRÉ (Ch.). **Sensation et Mouvement.** Étude de psycho-mécanique, avec fig. 2ᵉ éd.
— **Dégénérescence et Criminalité**, avec figures. 3ᵉ édit.

Suite de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, format in-12, à 2 fr. 50 le vol.

FERRI (E.). ***Les Criminels dans l'Art et la Littérature.** 2ᵉ édit. 1902.
FIERENS-GEVAERT. **Essai sur l'Art contemporain.** (Couronné par l'Acad. franç.).
— **La Tristesse contemporaine**, essai sur les grands courants moraux et intellectuels du XIXᵉ siècle. 3ᵉ édit. 1900. (Couronné par l'Institut.)
— **Psychologie d'une ville.** *Essai sur Bruges.* 2ᵉ édit. 1902.
FLEURY (Maurice de). **L'Ame du criminel.** 1898.
FONSEGRIVE, professeur au lycée Buffon. **La Causalité efficiente.** 1893.
FOURNIÈRE (E.). **Essai sur l'individualisme.** 1901.
FRANCK (Ad.), de l'Institut. * **Philosophie du droit pénal.** 5ᵉ édit.
— **Des Rapports de la Religion et de l'État.** 2ᵉ édit.
— **La Philosophie mystique en France au XVIIIᵉ siècle.**
GAUCKLER. **Le Beau et son histoire.**
GOBLOT (E.), professeur à l'Université de Caen. **Justice et liberté.** 1902.
GRASSET (J.), professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. **Les limites de la biologie.** 1902.
GREEF (de). **Les Lois sociologiques.** 3ᵉ édit.
GUYAU. * **La Genèse de l'idée de temps.** 2ᵉ édit.
HARTMANN (E. de). **La Religion de l'avenir.** 5ᵉ édit.
— **Le Darwinisme**, ce qu'il y a de vrai et de faux dans cette doctrine. 6ᵉ édit.
HERCKENRATH. (C.-R.-C.) **Problèmes d'Esthétique et de Morale.** 1897.
HERBERT SPENCER. * **Classification des sciences.** 6ᵉ édit.
— **L'Individu contre l'État.** 5ᵉ édit.
HERVÉ BLONDEL. **Les Approximations de la vérité.** 1900.
JAELL (Mᵐᵉ). * **La Musique et la psycho-physiologie.** 1895.
JAMES (W.). **La théorie de l'émotion**, préf. de G. DUMAS, chargé de cours à la Sorbonne. Traduit de l'anglais. 1902
JANET (Paul), de l'Institut. * **La Philosophie de Lamennais.**
LACHELIER, de l'Institut. **Du fondement de l'induction**, suivi de **psychologie et métaphysique.** 4ᵉ édit. 1902.
LAMPÉRIÈRE (Mᵐᵉ A.). * **Rôle social de la femme**, son éducation. 1898.
LANDRY (A.), agrégé de philos., docteur ès lettres. **La responsabilité pénale.** 1902.
LANESSAN (J.-L. de). **La Morale des philosophes chinois.** 1896.
LANGE, professeur à l'Université de Copenhague. * **Les Émotions**, étude psycho-physiologique, traduit par G. Dumas. 2ᵉ édit. 1902.
LAPIE, maître de conf. à l'Univ. de Rennes. **La Justice par l'État.** 1899.
LAUGEL (Auguste). **L'Optique et les Arts.**
LE BON (Dʳ Gustave). * **Lois psychol. de l'évolution des peuples.** 5ᵉ édit.
— * **Psychologie des foules.** 6ᵉ édit.
LÉCHALAS. * **Etude sur l'espace et le temps.** 1895.
LE DANTEC, chargé du cours d'Embryologie générale à la Sorbonne. **Le Déterminisme biologique et la Personnalité consciente.** 1897.
— * **L'Individualité et l'Erreur individualiste.** 1898.
— **Lamarckiens et Darwiniens.** 1899.
LEFÈVRE, prof. à l'Univ. de Lille. **Obligation morale et idéalisme.** 1895.
LEVALLOIS (Jules). **Déisme et Christianisme.**
LIARD, de l'Institut. * **Les Logiciens anglais contemporains.** 4ᵉ édit.
— **Des définitions géométriques et des définitions empiriques.** 2ᵉ édit.
LICHTENBERGER (Henri), professeur à l'Université de Nancy. * **La philosophie de Nietzsche.** 6ᵉ édit. 1901.
— * **Friedrich Nietzsche. Aphorismes et fragments choisis.** 2ᵉ édit. 1902.
LOMBROSO. **L'Anthropologie criminelle** et ses récents progrès. 4ᵉ édit. 1901.
— **Nouvelles recherches d'anthropologie criminelle et de psychiatrie.** 1892.
— **Les Applications de l'anthropologie criminelle.** 1892.
LUBBOCK (Sir John). * **Le Bonheur de vivre.** 2 volumes. 5ᵉ édit.
— * **L'Emploi de la vie.** 3ᵉ éd. 1901.
LYON (Georges), maître de conf. à l'École normale. * **La Philosophie de Hobbes.**
MARGUERY (E.). **L'Œuvre d'art et l'évolution.** 1899.
MARIANO. **La Philosophie contemporaine en Italie.**

Suite de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, format in-12, à 2 fr. 50 le vol.

MARION, professeur à la Sorbonne. * **J. Locke, sa vie, son œuvre.** 2e édit.
MAUXION, professeur à l'Université de Poitiers. ***L'instruction par l'éducation** *et les Théories pédagogiques de Herbart.* 1900.
MILHAUD (G.), professeur à l'Université de Montpellier. * **Le Rationnel.** 1898.
— * **Essai sur les conditions et les limites de la Certitude logique.** 2e édit. 1898.
MOSSO. * **La Peur.** Étude psycho-physiologique (avec figures). 2e édit.
— * **La Fatigue intellectuelle et physique,** trad. Langlois. 3e édit.
MURISIER (E.), professeur à la Faculté des lettres de Neuchâtel (Suisse). **Les Maladies du sentiment religieux.** 1901.
NAVILLE (E.), doyen de la Faculté des lettres et sciences sociales de l'Université de Genève. **Nouvelle classification des sciences.** 2e édit. 1901.
NORDAU (Max). * **Paradoxes psychologiques,** trad. Dietrich. 4e édit. 1900.
— **Paradoxes sociologiques,** trad. Dietrich. 3e édit. 1901.
— * **Psycho-physiologie du Génie et du Talent,** trad. Dietrich. 3e édit. 1902.
NOVICOW (J.). **L'Avenir de la Race blanche.** 1897.
OSSIP-LOURIÉ, lauréat de l'Institut. **Pensées de Tolstoï.** 2e édit. 1902.
— **Nouvelles Pensées de Tolstoï.** 1903.
— * **La Philosophie de Tolstoï.** 2e édit. 1903.
— **La Philosophie sociale dans le théâtre d'Ibsen.** 1900.
PALANTE (G.). agrégé de l'Université. **Précis de sociologie.** 1901.
PAULHAN (Fr.). **Les Phénomènes affectifs et les lois de leur apparition.** 2e éd. 1901.
— * **Joseph de Maistre et sa philosophie.** 1893.
— * **Psychologie de l'invention.** 1900.
— **Analystes et esprits synthétiques.** 1903.
PILLON (F.). * **La Philosophie de Ch. Secrétan.** 1898.
PILO (Mario). * **La psychologie du Beau et de l'Art,** trad. Aug. Dietrich.
PIOGER (Dr Julien). **Le Monde physique,** essai de conception expérimentale. 1893.
QUEYRAT, prof. de l'Univ. * **L'Imagination et ses variétés chez l'enfant.** 2e édit.
— * **L'Abstraction,** son rôle dans l'éducation intellectuelle. 1894.
— **Les Caractères et l'éducation morale.** 2e éd. 1901.
— **La logique chez l'enfant et sa culture.** 1902.
REGNAUD (P.), professeur à l'Université de Lyon. **Logique évolutionniste.** *L'Entendement dans ses rapports avec le langage.* 1897.
— **Comment naissent les mythes.** 1897.
RÉMUSAT (Charles de), de l'Académie française. * **Philosophie religieuse.**
RENARD (Georges), professeur au Conservatoire des arts et métiers. **Le régime socialiste,** *son organisation politique et économique.* 3e édit. 1903.
RIBOT (Th.), de l'Institut, professeur honoraire au Collège de France, directeur de la *Revue philosophique.* **La Philosophie de Schopenhauer.** 9e édition.
— * **Les Maladies de la mémoire.** 15e édit.
— * **Les Maladies de la volonté.** 17e édit.
— * **Les Maladies de la personnalité.** 9e édit.
— * **La Psychologie de l'attention.** 5e édit.
RICHARD (G.), chargé de cours à l'Université de Bordeaux. * **Socialisme et Science sociale.** 2e édit.
RICHET (Ch.). **Essai de psychologie générale.** 4e édit. 1901.
ROBERTY (E. de). **L'Inconnaissable, sa métaphysique, sa psychologie.**
— **L'Agnosticisme.** Essai sur quelques théories pessim. de la connaissance. 2e édit.
— **La Recherche de l'Unité.** 1893.
— **Auguste Comte et Herbert Spencer.** 2e édit.
— * **Le Bien et le Mal.** 1896.
— **Le Psychisme social.** 1897.
— **Les Fondements de l'Ethique.** 1898.
— **Constitution de l'Éthique.** 1901.
ROISEL. **De la Substance.**
— **L'Idée spiritualiste.** 2e éd. 1901.
SAIGEY. **La Physique moderne.** 2e édit.
SAISSET (Émile), de l'Institut. * **L'Ame et la Vie.**

Suite de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, format in-12 à 2 fr. 50 le vol.

SCHŒBEL. **Philosophie de la raison pure.**
SCHOPENHAUER. ***Le Fondement de la morale**, trad. par M. A. Burdeau. 7e édit.
— ***Le Libre arbitre**, trad. par M. Salomon Reinach, de l'Institut. 8e éd.
— **Pensées et Fragments**, avec intr. par M. J. Bourdeau. 17e édit.
SELDEN (Camille). **La Musique en Allemagne**, étude sur Mendelssohn.
STUART MILL. * **Auguste Comte et la Philosophie positive.** 6e édit.
— * **L'Utilitarisme.** 2e édit.
— **Correspondance inédite avec Gustave d'Eichthal** (1828-1842) — (1864-1871), avant-propos et trad. par Eug. d'Eichthal. 1898.
SULLY PRUDHOMME, de l'Académie française, et Ch. RICHET, professeur à l'Université de Paris. **Le problème des causes finales.** 1902.
TANON (L.). * **L'Évolution du droit et la Conscience sociale.** 1900.
TARDE, de l'Institut, prof. au Coll. de France. **La Criminalité comparée.** 5e édit. 1902.
— * **Les Transformations du Droit.** 2e édit. 1899.
— * **Les Lois sociales.** 2e édit. 1898.
THAMIN (R.), recteur de l'Académie de Rennes. * **Éducation et Positivisme.** 2e édit. (Couronné par l'Institut.)
THOMAS (P. Félix), docteur ès lettres. * **La suggestion,** son rôle dans l'éducation intellectuelle. 2e édit. 1898.
— ***Morale et éducation,** 1899.
TISSIÉ. * **Les Rêves,** avec préface du professeur Azam. 2e éd. 1898.
VIANNA DE LIMA. **L'Homme selon le transformisme.**
WECHNIAKOFF. **Savants, penseurs et artistes,** publié par Raphael Petrucci.
WUNDT. **Hypnotisme et Suggestion.** Étude critique, traduit par M. Keller.
ZELLER. **Christian Baur et l'École de Tubingue,** traduit par M. Ritter.
ZIEGLER. **La Question sociale est une Question morale,** trad. Palante. 3e édit.

BIBLIOTHÈQUE DE PHILOSOPHIE CONTEMPORAINE

Volumes in-8.

Br. à 3 fr. 75, 5 fr., 7 fr. 50, 10 fr., 12 fr. 50 et 15 fr.; Cart. angl., 1 fr. en plus par vol.; Demi-rel. en plus 2 fr. par vol.

ADAM (Ch.), recteur de l'Académie de Dijon. * **La Philosophie en France** (première moitié du XIXe siècle). 7 fr. 50
AGASSIZ.* **De l'Espèce et des Classifications.** 5 fr.
ALENGRY (Franck), docteur ès lettres, inspecteur d'académie. ***Essai historique et critique sur la Sociologie chez Aug. Comte.** 1900. 10 fr.
ARRÉAT. ***Psychologie du peintre.** 5 fr.
AUBRY (le Dr P.). **La Contagion du meurtre.** 1896. 3e édit. 5 fr.
BAIN (Alex.). **La Logique inductive et déductive.** Trad. Compayré. 2 vol. 3e éd. 20 fr.
— * **Les Sens et l'Intelligence.** 1 vol. Trad. Cazelles. 3e édit. 10 fr.
BALDWIN (Mark), professeur à l'Université de Princeton (États-Unis). **Le Développement mental chez l'enfant et dans la race.** Trad. Nourry. 1897. 7 fr. 50
BARTHÉLEMY SAINT-HILAIRE, de l'Institut. **La Philosophie dans ses rapports avec les sciences et la religion.** 5 fr.
BARZELOTTI, prof. à l'Univ. de Rome. ***La Philosophie de H. Taine.** 1900. 7 fr. 50
BERGSON (H.), de l'Institut, professeur au Collège de France. * **Matière et mémoire,** essai sur les relations du corps à l'esprit. 2e édit. 1900. 5 fr.
— **Essai sur les données immédiates de la conscience.** 3e édit. 1900. 3 fr. 75
BERTRAND, prof. à l'Université de Lyon. * **L'Enseignement intégral.** 1898. 5 fr.
— **Les Études dans la démocratie.** 1900. 5 fr.
BOIRAC (Émile), recteur de l'Acad. de Grenoble. * **L'Idée du Phénomène.** 5 fr.
BOUGLÉ, professeur à l'Université de Toulouse. ***Les Idées égalitaires.** 1899. 3 fr. 75
BOURDEAU (L.). **Le Problème de la mort.** 3e édition. 1900. 5 fr.
— **Le Problème de la vie.** 1 vol. in-8. 1901. 7 fr. 50
BOURDON, professeur à l'Université de Rennes. ***L'Expression des émotions et des tendances dans le langage.** 7 fr. 50

Suite de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, format in-8.

BOUTROUX (Em.), de l'Institut. **Etudes d'histoire de la philos.** 2e éd. 1901. 7 fr. 50
BRAY (L.). **Du beau.** 1902. 5 fr.
BROCHARD (V.), de l'Institut. **De l'Erreur.** 1 vol. 2e édit. 1897. 5 fr.
BRUNSCHWICG (E.), prof. au lycée Condorcet, docteur ès lettres. * **Spinoza.** 3 fr. 75
— **La Modalité du jugement.** 5 fr.
CARRAU (Ludovic), professeur à la Sorbonne. **La Philosophie religieuse en Angleterre,** depuis Locke jusqu'à nos jours. 5 fr.
CHABOT (Ch.), prof. à l'Univ. de Lyon. * **Nature et Moralité.** 1897. 5 fr.
CLAY (R.). * **L'Alternative,** *Contribution à la Psychologie.* 2e édit. 10 fr.
COLLINS (Howard). * **La Philosophie de Herbert Spencer,** avec préface de M. Herbert Spencer, traduit par H. de Varigny. 3e édit. 1900. 10 fr.
COMTE (Aug.). **La Sociologie,** résumé par E. RIGOLAGE. 1897. 7 fr. 50
CONTA (B.). **Théorie de l'ondulation universelle.** 1894. 3 fr. 75
COSTE. **Les principes d'une Sociologie objective.** 1899. 3 fr. 75
— **L'Expérience des peuples et les prévisions qu'elle autorise.** 1900. 10 fr.
CRÉPIEUX-JAMIN. **L'Écriture et le Caractère.** 4e édit. 1897. 7 fr. 50
DE LA GRASSERIE (R.), lauréat de l'Institut. **Psychologie des religions.** 1899. 5 fr.
DEWAULE, docteur ès lettres. * **Condillac et la Psychol. anglaise contemp.** 5 fr.
DUMAS (G.), chargé de cours à la Sorbonne. * **La Tristesse et la Joie.** 1900. (Couronné par l'Institut.) 7 fr. 50
DUPRAT (G. L.), docteur ès lettres. **L'Instabilité mentale.** 1899. 5 fr.
DUPROIX (P.), professeur à l'Université de Genève. * **Kant et Fichte et le problème de l'éducation.** 2e édit. 1897. (Ouvrage couronné par l'Académie française.) 5 fr.
DURAND (DE GROS). **Aperçus de taxinomie générale.** 1898. 5 fr.
— **Nouvelles recherches sur l'esthétique et la morale.** 1 vol. in-8. 1899. 5 fr.
— **Variétés philosophiques.** 2e édit. revue et augmentée. 1900. 5 fr.
DURKHEIM, chargé du cours de pédagogie à la Sorbonne. * **De la division du travail social** 2e édit. 1901. 7 fr. 50
— **Le Suicide,** *étude sociologique.* 1897. 7 fr. 50
— * **L'Année sociologique.** Collaborateurs : MM. SIMMEL, BOUGLÉ, MAUSS, FAUCONNET, HUBERT, LAPIE, EM. LÉVY, G. RICHARD, A. MILHAUD, SIMIAND, MUFFANG et PARODI. — 1re année, 1896-1897. — 2e année, 1897-1898. — 3e année, 1898-1899. — 4e année, 1899-1900. — 5e année, 1900-1901. Chaque volume. 10 fr.
ESPINAS (A.), professeur à la Sorbonne. **La Philosophie sociale du XVIIIe siècle et la Révolution française.** 1898. 7 fr. 50
FERRERO (G.). **Les Lois psychologiques du symbolisme.** 1895. 5 fr.
FERRI (Louis). **La Psychologie de l'association,** depuis Hobbes. 7 fr. 50
FLINT, prof. à l'Univ. d'Edimbourg. * **La Philos. de l'histoire en Allemagne.** 7 fr. 50
FONSEGRIVE, professeur au lycée Buffon. * **Essai sur le libre arbitre.** (Couronné par l'Institut.) 2e édit. 1895. 10 fr.
FOUILLÉE (Alf.), de l'Institut. * **La Liberté et le Déterminisme.** 5e édit. 7 fr. 50
— **Critique des systèmes de morale contemporains.** 4e édit. 7 fr. 50
— * **La Morale, l'Art, la Religion,** d'après GUYAU. 4e édit. augm. 3 fr. 75
— **L'Avenir de la Métaphysique fondée sur l'expérience.** 2e édit. 5 fr.
— * **L'Évolutionnisme des idées-forces.** 3e édit. 7 fr. 50
— * **La Psychologie des idées-forces.** 2 vol. 2e édit. 15 fr.
— * **Tempérament et caractère.** 3e édit. 7 fr. 50
— **Le Mouvement positiviste et la conception sociol. du monde.** 2e édit. 7 fr. 50
— **Le Mouvement idéaliste et la réaction contre la science posit.** 2e édit. 7 fr. 50
— **Psychologie du peuple français.** 2e édit. 7 fr. 50
— * **La France au point de vue moral.** 2e édit. 7 fr. 50
— **Esquisse psychologique des peuples européens.** 1903. 10 fr.
— **Nietzsche et l'immoralisme.** 1903. 5 fr.
FRANCK (A.), de l'Institut. **Philosophie du droit civil.** 5 fr.
FULLIQUET. **Essai sur l'Obligation morale.** 1898. 7 fr. 50
GAROFALO, agrégé de l'Université de Naples. **La Criminologie.** 4e édit. 7 fr. 50
— **La Superstition socialiste.** 1895. 5 fr.
GÉRARD-VARET, prof. à l'Univ. de Dijon. **L'Ignorance et l'Irréflexion.** 1899. 5 fr.
GOBLOT (E.), Prof. à l'Université de Caen. * **Classification des sciences.** 1898. 5 fr.
GODFERNAUX (A.), docteur ès lettres. * **Le Sentiment et la pensée.** 1894. 5 fr.

Suite de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, format in-8.

GORY (G.), docteur ès lettres. **L'Immanence de la raison dans la connaissance sensible.** 1896. 5 fr.
GREEF (de), prof. à la nouvelle Université libre de Bruxelles. **Le Transformisme social.** Essai sur le progrès et le regrès des sociétés. 2e éd. 1901. 7 fr. 50
GROOS (K.), prof. à l'Université de Bâle. **Les jeux des animaux.** 1902. 7 fr. 50
GURNEY, MYERS et PODMORE. **Les Hallucinations télépathiques,** traduit et abrégé des « *Phantasms of The Living* » par L. MARILLIER, préf. de CH. RICHET. 3e éd. 7 fr. 50
GUYAU (M.). * **La Morale anglaise contemporaine.** 6e édit. 7 fr. 50
— **Les Problèmes de l'esthétique contemporaine.** 6e édit. 5 fr.
— **Esquisse d'une morale sans obligation ni sanction.** 5e édit. 5 fr.
— **L'Irréligion de l'avenir,** étude de sociologie. 7e édit. 7 fr. 50
— * **L'Art au point de vue sociologique.** 5e édit. 7 fr. 50
— ***Education et Hérédité,** étude sociologique. 5e édit. 5 fr.
HANNEQUIN, prof. à l'Univ. de Lyon. **L'hypothèse des atomes.** 2e édit. 1899. 7 fr. 50
HALÉVY (Élie), docteur ès lettres, professeur à l'École des sciences politiques. ***La Formation du radicalisme philosophique,** 1901 : T. I, *La jeunesse de Bentham*, 7 fr. 50. — T. II, *l'Evolution de la Doctrine utilitaire* (1789-1815). 7 fr. 50
HARTENBERG (Dr Paul). **Les Timides et la Timidité.** 1901. 5 fr.
HERBERT SPENCER. ***Les premiers Principes.** Traduc. Cazelles. 9e éd. 10 fr.
— * **Principes de biologie.** Traduct. Cazelles. 4e édit. 2 vol. 20 fr.
— * **Principes de psychologie.** Trad. par MM. Ribot et Espinas. 2 vol. 20 fr.
— ***Principes de sociologie.** 4 vol., traduits par MM. Cazelles et Gerschel : Tome I. 10 fr. — Tome II. 7 fr. 50. — Tome III. 15 fr. — Tome IV. 3 fr. 75
— * **Essais sur le progrès.** Trad. A. Burdeau. 5e édit. 7 fr. 50
— **Essais de politique.** Trad. A. Burdeau. 4e édit. 7 fr. 50
— **Essais scientifiques.** Trad. A. Burdeau. 3e édit. 7 fr. 50
— * **De l'Education physique, intellectuelle et morale.** 10e édit. (Voy. p. 3, 20, 21 et 32.) 5 fr.
HIRTH (G.). ***Physiologie de l'Art.** Trad. et introd. de L. Arréat. 5 fr.
HOFFDING, prof. à l'Univ. de Copenhague. **Esquisse d'une psychologie fondée sur l'expérience.** Trad. L. POITEVIN. Préf. de Pierre JANET. 1900. 7 fr. 50
IZOULET (J.), prof. au Collège de France. ***La Cité moderne.** 6e éd. 1901. 10 fr.
JANET (Paul), de l'Institut. * **Les Causes finales.** 4e édit. 10 fr.
— * **Victor Cousin et son œuvre.** 3e édition. 7 fr. 50
— * **Œuvres philosophiques de Leibniz.** 2e édit. 2 vol. 1900. 20 fr.
JANET (Pierre), professeur au Collège de France. * **L'Automatisme psychologique,** essai sur les formes inférieures de l'activité mentale. 3e édit. 7 fr. 50
JAURÈS (J.), docteur ès lettres. **De la réalité du monde sensible.** 2e éd. 1902. 7 fr. 50
KARPPE (S.), docteur ès lettres. **Essais de critique et d'histoire de philosophie.** 1902. 3 fr. 75
LALANDE (A.), docteur ès lettres. ***La Dissolution opposée à l'évolution,** dans les sciences physiques et morales. 1 vol. in-8. 1899. 7 fr. 50
LANG (A.). ***Mythes, Cultes et Religion.** Traduit par MM. Marillier et Dirr, introduction de Léon Marillier. 1896. 10 fr.
LAPIE (P.), maître de conf. à l'Univ. de Rennes. **Logique de la volonté** 1902. 7 fr. 50
LAVELEYE (de). ***De la Propriété et de ses formes primitives.** 5e édit. 10 fr.
— ***Le Gouvernement dans la démocratie.** 2 vol. 3e édit. 1896. 15 fr.
LE BON (Dr Gustave). ***Psychologie du socialisme.** 3e éd. refondue. 1902. 7 fr. 50
LECHALAS (G.). **Études esthétiques.** 1902. 5 fr.
LECHARTIER (G.). **David Hume, moraliste et sociologue.** 1900. 5 fr.
LECLÈRE (A.), docteur ès lettres. **Essai critique sur le droit d'affirmer.** 1901. 5 fr.
LE DANTEC (F.), chargé de cours à la Sorbonne. **L'unité dans l'être vivant.** 1902. 7 fr. 50
LÉON (Xavier). ***La philosophie de Fichte.** Préface de E. BOUTROUX, de l'Institut. 1902. (Couronné par l'Institut.) 10 fr.
LÉVY-BRUHL (L.), chargé de cours à la Sorbonne. ***La Philosophie de Jacobi.** 1894. 5 fr.
— ***Lettres inédites de J.-S. Mill à Auguste Comte,** *publiées avec les réponses de Comte et une introduction.* 1899. 10 fr.
— ***La Philosophie d'Auguste Comte.** 1900. 7 fr. 50
LIARD, de l'Institut. * **Descartes.** 5 fr.
— * **La Science positive et la Métaphysique.** 4e édit. 1 fr. 50

Suite de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, format in-8.

LICHTENBERGER (H.), professeur à l'Université de Nancy. **Richard Wagner, poète et penseur.** 3e édit. 1902. (Couronné par l'Académie française.) 10 fr.
LOMBROSO. * **L'Homme criminel** (criminel-né, fou-moral, épileptique), précédé d'une préface de M. le docteur LETOURNEAU. 3e éd. 2 vol. et atlas. 1895. 36 fr.
LOMBROSO ET FERRERO. **La Femme criminelle et la prostituée.** 15 fr.
LOMBROSO et LASCHI. **Le Crime politique et les Révolutions.** 2 vol. 15 fr.
LYON (Georges), maître de conférences à l'École normale supérieure. * **L'Idéalisme en Angleterre au XVIIIe siècle.** 7 fr. 50
MALAPERT (P.), docteur ès lettres, prof. au lycée Louis-le-Grand. * **Les Éléments du caractère et leurs lois de combinaison.** 1897. 5 fr.
MARION (H.), prof. à la Sorbonne. * **De la Solidarité morale.** 6e édit. 1897. 5 fr.
MARTIN (Fr.), docteur ès lettres, prof. au lycée Saint-Louis. * **La Perception extérieure et la Science positive**, essai de philosophie des sciences. 1894. 5 fr.
MATTHEW ARNOLD. **La Crise religieuse.** 7 fr. 50
MAX MULLER, prof. à l'Université d'Oxford. * **Nouvelles études de mythologie**, trad. de l'anglais par L. Job, docteur ès lettres. 1898. 12 fr. 50
NAVILLE (E.), correspond. de l'Institut. **La Physique moderne.** 2e édit. 5 fr.
— * **La Logique de l'hypothèse.** 2e édit. 5 fr.
— * **La Définition de la philosophie.** 1894. 5 fr.
— **Le libre Arbitre.** 2e édit. 1898. 5 fr.
— **Les Philosophies négatives.** 1899. 5 fr.
NORDAU (Max). * **Dégénérescence**, trad. de Aug. Dietrich. 5e éd. 1898. 2 vol. Tome I. 7 fr. 50. Tome II. 10 fr.
— **Les Mensonges conventionnels de notre civilisation.** 6e édit. 1902. 5 fr.
— **Vus du dehors.** *Essais de critique sur quelques auteurs français contemporains.* 1903. 5 fr.
NOVICOW. **Les Luttes entre Sociétés humaines.** 2e édit. 10 fr.
— * **Les Gaspillages des sociétés modernes.** 2e édit. 1899. 5 fr.
OLDENBERG, professeur à l'Université de Kiel. * **Le Bouddha**, SA VIE, SA DOCTRINE, SA COMMUNAUTÉ, trad. par P. FOUCHER, maître de conférences à l'École des Hautes Études. Préf. de Sylvain Lévy, prof. au Collège de France. 2e éd. 1903. 7 fr. 50
— **La religion du Véda.** Traduit par V. HENRY, prof. à la Sorbonne. 1903. 10 fr.
OSSIP-LOURIÉ. **La philosophie russe contemporaine.** 1902. 5 fr.
OUVRÉ (H.), professeur à l'Université de Bordeaux. **Les Formes littéraires de la pensée grecque.** 1900. (Ouvrage couronné par l'Académie française et par l'Association pour l'enseignement des études grecques.) 10 fr.
PAULHAN (Fr.). **L'Activité mentale et les Éléments de l'esprit.** 10 fr.
— **Les Types intellectuels : esprits logiques et esprits faux.** 1896. 7 fr. 50
— * **Les Caractères.** 2e édit. 5 fr.
PAYOT (J.), inspect. d'académie. * **L'Éducation de la volonté.** 15e édit. 1902. 5 fr.
— **De la Croyance.** 1896. 5 fr.
PÉRÈS (Jean), professeur au lycée de Toulouse. **L'Art et le Réel.** 1898. 3 fr. 75
PÉREZ (Bernard). **Les Trois premières années de l'enfant.** 5e édit. 5 fr.
— **L'Éducation morale dès le berceau.** 4e édit. 1901. 5 fr.
— * **L'Éducation intellectuelle dès le berceau.** 2e éd. 1901. 5 fr.
PIAT (C.). **La Personne humaine.** 1898. (Couronné par l'Institut). 7 fr. 50
— * **Destinée de l'homme.** 1898. 5 fr.
PICAVET (E.), maître de conférences à l'École des hautes études. * **Les Idéologues**, essai sur l'histoire des idées, des théories scientifiques, philosophiques, religieuses, etc., en France, depuis 1789. (Ouvr. couronné par l'Académie française.) 10 fr.
PIDERIT. **La Mimique et la Physiognomonie.** Trad. par M. Girot. 5 fr.
PILLON (F.). * **L'Année philosophique**, 12 années : 1890, 1891, 1892, 1893 (épuisé), 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899, 1900 et 1901. 11 vol. Chaque vol. séparément. 5 fr.
PIOGER (J.). **La Vie et la Pensée**, essai de conception expérimentale. 1894. 5 fr.
— **La Vie sociale, la Morale et le Progrès.** 1894. 5 fr.
PREYER, prof. à l'Université de Berlin. **Éléments de physiologie.** 5 fr.
— * **L'Ame de l'enfant.** Développement psychique des premières années. 10 fr.
PROAL, conseiller à la Cour de Paris. * **Le Crime et la Peine.** 3e édit. Couronné par l'Institut. 10 fr.

COLLECTION HISTORIQUE DES GRANDS PHILOSOPHES

PHILOSOPHIE ANCIENNE

ARISTOTE (Œuvres d'), traduction de J. Barthélemy-Saint-Hilaire, de l'Institut.
— * **Rhétorique.** 2 vol. in-8. 16 fr.
— * **Politique.** 1 vol. in-8... 10 fr.
— **Métaphysique.** 3 vol. in-8. 30 fr.
— **De la Logique d'Aristote,** par M. Barthélemy-Saint-Hilaire. 2 vol. in-8............. 10 fr.
— **Table alphabétique des matières de la traduction générale d'Aristote,** par M. Barthélemy-Saint-Hilaire, 2 forts vol. in-8. 1892............ 30 fr.
— **L'Esthétique d'Aristote,** par M. Bénard. 1 vol. in-8. 1889. 5 fr.
— **La Poétique d'Aristote,** par Hatzfeld (A.), prof. hon. au Lycée Louis-le-Grand et M. Dufour, prof. à l'Univ. de Lille. 1 vol. in-8 1900.................... 6 fr.
SOCRATE. * **La Philosophie de Socrate,** p. A. Fouillée. 2 v. in-8 16 fr.
— **Le Procès de Socrate,** par G. Sorel. 1 vol. in-8...... 3 fr. 50
PLATON. * **Platon, sa philosophie,** sa vie et de ses œuvres, par Ch. Bénard. 1 vol. in-8. 1893. 10 fr.
— **La Théorie platonicienne des Sciences,** par Élie Halévy. In-8. 1895.................... 5 fr.
— **Œuvres,** traduction Victor Cousin revue par J. Barthélemy-Saint-Hilaire : *Socrate et Platon* ou *le Platonisme* — *Eutyphron* — *Apologie de Socrate* — *Criton* — *Phédon*. 1 vol. in-8. 1896. 7 fr. 50
ÉPICURE. * **La Morale d'Épicure et** ses rapports avec les doctrines contemporaines, par M. Guyau. 1 volume in-8. 5e édit...... 7 fr. 50
BÉNARD. **La Philosophie ancienne,** ses systèmes. *La Philosophie et la Sagesse orientales.* — *La Philosophie grecque avant Socrate. Socrate et les socratiques.* — *Les sophistes grecs.* 1 v. in-8... 9 fr.
FAVRE (Mme Jules), née Velten. **La Morale de Socrate.** In-18. 3 fr. 50
— **La Morale d'Aristote.** In-18. 3 fr. 50
OGEREAU. **Système philosophique des stoïciens.** In-8..... 5 fr.
RODIER (G.). * **La Physique de Straton de Lampsaque.** In-8. 3 fr.
TANNERY (Paul). **Pour la science hellène** (de Thalès à Empédocle), 1 v. in-8. 1887....... 7 fr. 50
MILHAUD (G.). * **Les origines de la science grecque.** 1 vol. in-8. 1893.................. 5 fr.
— * **Les philosophes géomètres de la Grèce,** Platon et ses prédécesseurs. 1 vol. in-8. 1900. (Couronné par l'Institut.)...... 6 fr.
FABRE (J.). **La Pensée antique.** *De Moïse à Marc-Aurèle.* In-8. 5 fr.
— **La Pensée chrétienne.** *Des Evangiles à l'Imitation.* In-8. 5 fr.
LAFONTAINE (A.). — **Le Plaisir,** *d'après Platon et Aristote.* In-8. 6 fr.

PHILOSOPHIE MODERNE

* DESCARTES, par L. Liard. 1 vol. in-8.................. 5 fr.
— **Essai sur l'Esthétique de Descartes,** par E. Krantz. 1 vol. in-8. 2e éd. 1897............ 6 fr.
LEIBNIZ. * **Œuvres philosophiques,** publiées par P. Janet. 2e éd. 2 vol. in-8.................. 20 fr.
— * **La logique de Leibniz,** par L. Couturat. 1 vol. in-8.. 12 fr.
SPINOZA. **Benedicti de Spinoza opera,** quotquot reperta sunt, recognoverunt J. Van Vloten et J.-P.-N. Land. 2 forts vol. in-8 sur papier de Hollande........... 45 fr.
Le même en 3 volumes élégamment reliés............ 18 fr.
SPINOZA. **Inventaire des livres formant sa bibliothèque,** publié d'après un document inédit avec des notes biographiques et bibliographiques et une introduction par A.-J. Servaas van Rvoijen. 1 v. in-4 sur papier de Hollande....... 15 fr.
— **La Doctrine de Spinoza,** exposée à la lumière des faits scientifiques, par E. Ferrière. 1 vol in-12. 3 fr. 50
GEULINCK (Arnoldi). **Opera philosophica** recognovit J.-P.-N. Land, 3 volumes, sur papier de Hollande, gr. in-8. Chaque vol... 17 fr. 75
GASSENDI. **La Philosophie de Gassendi,** par P.-F. Thomas. In-8. 1889................ 6 fr.

LOCKE. * **Sa vie et ses œuvres**, par MARION. In-18. 3e éd... 2 fr. 50

MALEBRANCHE. * **La Philosophie de Malebranche**, par OLLÉ-LAPRUNE, de l'Institut. 2 v. in-8. 16 fr.

PASCAL. **Études sur le scepticisme de Pascal**, par DROZ. 1 vol. in-8............... 6 fr.

VOLTAIRE. **Les Sciences au XVIIIe siècle.** Voltaire physicien, par Em. SAIGEY. 1 vol. in-8. 5 fr.

FRANCK (Ad.), de l'Institut. **La Philosophie mystique en France au XVIIIe siècle.** In-18. 2 fr. 50

DAMIRON. **Mémoires pour servir à l'histoire de la philosophie au XVIIIe siècle.** 3 vol. in-8. 15 fr.

J.-J. ROUSSEAU* **Du Contrat social**, édition comprenant avec le texte définitif les versions primitives de l'ouvrage d'après les manuscrits de Genève et de Neuchâtel, avec introduction par EDMOND DREYFUS-BRISAC. 1 fort volume grand in-8. 12 fr.

ERASME. **Stultitiæ laus des. Erasmi Rot. declamatio.** Publié et annoté par J.-B. KAN, avec les figures de HOLBEIN. 1 v. in-8. 6 fr. 75

PHILOSOPHIE ANGLAISE

DUGALD STEWART. * **Éléments de la philosophie de l'esprit humain.** 3 vol. in-12... . 9 fr.

BACON. **Étude sur François Bacon**, par J. BARTHÉLEMY-SAINT HILAIRE. In-18......... 2 fr. 50

— * **Philosophie de François Bacon**, par CH. ADAM. (Couronné par l'Institut). In-8..... 7 fr. 50

BERKELEY. **Œuvres choisies** *Essai d'une nouvelle théorie de la vision. Dialogues d'Hylas et de Philonoüs.* Trad. de l'angl. par MM. BEAULAVON (G.) et PARODI (D.). In-8. 1895. 5 fr.

PHILOSOPHIE ALLEMANDE

KANT. **La Critique de la raison pratique**, traduction nouvelle avec introduction et notes, par M. PICAVET. 2e édit. 1 vol. in-8.. 6 fr.

— **Éclaircissements sur la Critique de la raison pure**, trad. TISSOT. 1 vol. in-8....... 6 fr.

— * **Principes métaphysiques de la morale**, et *Fondements de la métaphysique des mœurs*, traduct. TISSOT. In-8............. 8 fr.

— **Doctrine de la vertu**, traduction BARNI. 1 vol. in-8......... 8 fr.

— * **Mélanges de logique**, traduction TISSOT. 1 v. in-8..... 6 fr.

— * **Prolégomènes à toute métaphysique future** qui se présentera comme science, traduction TISSOT. 1 vol. in-8......... 6 fr.

— * **Anthropologie**, suivie de divers fragments relatifs aux rapports du physique et du moral de l'homme, et du commerce des esprits d'un monde à l'autre, traduction TISSOT. 1 vol. in-8....... 6 fr.

—* **Essai critique sur l'Esthétique de Kant**, par V. BASCH. 1 vol. in-8. 1896........ 10 fr.

— **Sa morale**, par CRESSON. 1 vol. in-12................ 2 fr. 50

— **L'idée ou critique du Kantisme**, par C. PIAT, Dr ès lettres. 2e édit. 1 vol. in-8....... 6 fr.

KANT et FICHTE **et le problème de l'éducation**, par PAUL DUPROIX. 1 vol. in-8. 1897....... 5 fr.

SCHELLING. **Bruno**, ou du principe divin. 1 vol. in-8....... 3 fr. 50

HEGEL. * **Logique.** 2 vol. in-8. 14 fr.

— * **Philosophie de la nature.** 3 vol. in-8.............. 25 fr.

— * **Philosophie de l'esprit.** 2 vol. in-8.................. 18 fr.

— * **Philosophie de la religion.** 2 vol. in-8............ 20 fr.

— **La Poétique**, trad. par M. Ch. BÉNARD. Extraits de Schiller, Gœthe, Jean-Paul, etc., 2 v. in-8. 12 fr.

— **Esthétique.** 2 vol. in-8, trad. BÉNARD............... 16 fr.

— **Antécédents de l'hégélianisme dans la philosophie française**, par E. BEAUSSIRE. 1 vol. in-18.......... 2 fr. 50

— **Introduction à la philosophie de Hegel**, par VÉRA. 1 vol. in-8. 2e édit................ 6 fr. 50

—* **La logique de Hegel**, par EUG. NOEL. In-8. 1897........ 3 fr.

HERBART. * **Principales œuvres pédagogiques**, trad. A. PINLOCHE. In-8. 1894........... 7 fr. 50

La métaphysique de Herbart et la critique de Kant, par M. MAUXION. 1 vol. in-8... 7 fr. 50

MAUXION (M.). **L'éducation par l'instruction** *et les théories péda-*

gogiques de Herbart. 1 vol. in-12. 1901.................. 2 fr. 50

RICHTER (Jean-Paul-Fr.). **Poétique ou Introduction à l'Esthétique.** 2 vol. in-8. 1862........ 15 fr.

SCHILLER. **Son esthétique,** par FR. MONTARGIS. In-8..... 4 fr.

SCHILLER. **Sa Poétique,** par V. BASCH. 1 vol. in-8. 1902... 4 fr.

Essai sur le mysticisme spéculatif en Allemagne au XIVe siècle, par DELACROIX (H.), Maître de conf. à l'Univ. de Montpellier. 1 vol. in-8, 1900.. 5 fr.

PHILOSOPHIE ANGLAISE CONTEMPORAINE

(Voir *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, pages 2 à 9.)

ARNOLD (Matt.). — BAIN (Alex.). — CARRAU (Lud.). — CLAY (R.). — COLLINS (H.). — CARUS. — FERRI (L.). — FLINT. — GUYAU. — GURNEY, MYERS et PODMOR. — HALÉVY (E.). — HERBERT SPENCER. — HUXLEY. — JAMES (William). — LIARD. — LANG. — LUBBOCK (Sir John). — LYON (Georges). — MARION. — MAUDSLEY. — STUART MILL (John). — RIBOT. — ROMANES. — SULLY (James).

PHILOSOPHIE ALLEMANDE CONTEMPORAINE

(Voir *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, pages 2 à 9.)

BOUGLÉ. — GROOS. — HARTMANN (E. de). — LÉON (X.). — MAUXION. — NORDAU (Max). — NIETZSCHE. — OLDENBERG. — PIDERIT. — PREYER. — RIBOT. — SCHMIDT (O.). — SCHŒBEL. — SCHOPENHAUER. — SELDEN (C.). — STRICKER. — WUNDT. — ZELLER. — ZIEGLER.

PHILOSOPHIE ITALIENNE CONTEMPORAINE

(Voir *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, pages 2 à 9.)

BARZELOTTI. — ESPINAS. — FERRERO. — FERRI (Enrico). — FERRI (L.). — GAROFALO. — LÉOPARDI. — LOMBROSO. — LOMBROSO et FERRERO. — LOMBROSO et LASCHI. — MARIANO. — MOSSO. — PILO (Mario). — SERGI. — SIGHELE.

LES GRANDS PHILOSOPHES

Publié sous la direction de M. C. PIAT

Agrégé de philosophie, docteur ès lettres, professeur à l'École des Carmes.

Chaque étude forme un volume in-8° carré de 300 pages environ, du prix de 5 francs.

VOLUMES PUBLIÉS :

***Kant,** par M. RUYSSEN, professeur au lycée de Bordeaux. 1 vol. in-8. (Couronné par l'Institut.) 5 fr
***Socrate,** par M. l'abbé C. PIAT. 1 vol. in-8. 5 fr.
Avicenne, par le baron CARRA DE VAUX. 1 vol. in-8. 5 fr.
Saint Augustin, par M. l'abbé JULES MARTIN. 1 vol. in-8. 5 fr.
***Malebranche,** par M. Henri JOLY. 1 vol. in-8. 5 fr.
***Pascal,** par A. HATZFELD. 1 vol. in-8. 5 fr.
Saint Anselme, par M. DOMET DE VORGES. 1vol. in-8. 5 fr.
Spinoza, par M. P.-L. COUCHOUD, agrégé de l'Université. 1 vol. in-8. 5 fr.

SOUS PRESSE OU EN PRÉPARATION :

Descartes, par M. le baron Denys COCHIN, député de Paris.
Saint Thomas d'Aquin, par Mgr MERCIER et M. DE WULF.
Saint Bonaventure, par Mgr DADOLLE, recteur des Facultés libres de Lyon.
Maine de Biran, par M. Marius COUAILHAC, docteur ès lettres.
Rosmini, par M. BAZAILLAS, professeur au lycée Condorcet.
Duns Scot, par le R. P. D. FLEMING, définiteur général de l'ordre des Franciscains.
Maïmonide, par M. KARPPE, docteur ès lettres.
Chrysippe, par M. THOUVEREZ, prof. à l'Université de Toulouse.
Montaigne, par M. STROWSKI, prof. à l'Université de Bordeaux.
Schopenhauer, par M. RUYSSEN.

BIBLIOTHÈQUE GÉNÉRALE des SCIENCES SOCIALES

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION :

DICK MAY, Secrétaire général de l'École des Hautes Études sociales.

VOLUMES PUBLIÉS :

L'Individualisation de la peine, par R. SALEILLES, professeur à la Faculté de droit de l'Université de Paris. 1 vol. in-8, cart. 6 fr.

L'Idéalisme social, par Eugène FOURNIÈRE. 1 vol. in-8, cart. 6 fr.

* **Ouvriers du temps passé** (XVe et XVIe siècles), par H. HAUSER, professeur à l'Université de Dijon. 1 vol. in-8, cart. 6 fr.

* **Les Transformations du pouvoir**, par G. TARDE, de l'Institut, professeur au Collège de France. 1 vol. in-8, cart. 6 fr.

Morale sociale. Leçons professées au Collège libre des Sciences sociales, par MM. G. BELOT, MARCEL BERNÈS, BRUNSCHVICG, F. BUISSON, DARLU, DAURIAC, DELBET, CH. GIDE, M. KOVALEVSKY, MALAPERT, le R. P. MAUMUS, DE ROBERTY, G. SOREL, le PASTEUR WAGNER. Préface de M. EMILE BOUTROUX, de l'Institut. 1 vol. in-8, cart. 6 fr.

Les Enquêtes, pratique et théorie, par P. DU MAROUSSEM. (Ouvrage couronné par l'Institut.) 1 vol. in-8, cart. 6 fr.

* **Questions de Morale**, leçons professées à l'École de morale, par MM. BELOT, BERNÈS, F. BUISSON, A. CROISET, DARLU, DELBOS, FOURNIÈRE, MALAPERT, MOCH, PARODI, G. SOREL. 1 vol. in-8, cart. 6 fr.

Le développement du Catholicisme social depuis l'encyclique *Rerum novarum*, par Max TURMANN. 1 vol. in-8, cart. 6 fr.

Le Socialisme sans doctrines. *La Question ouvrière et la Question agraire en Australie et en Nouvelle-Zélande*, par A. MÉTIN, agrégé de l'Université, professeur à l'École municipale Lavoisier. 1 vol. in-8, cart. 6 fr.

* **Assistance sociale.** *Pauvres et mendiants*, par PAUL STRAUSS, sénateur. 1 vol. in-8, cart. 6 fr.

* **L'Éducation morale dans l'Université.** (*Enseignement secondaire.*) Conférences et discussions, sous la présidence de M. A. CROISET, doyen de la Faculté des lettres de l'Université de Paris. (*Ecole des hautes Etudes sociales*, 1900-1901). 1 vol. in-8, cart. 6 fr.

* **La Méthode historique appliquée aux Sciences sociales**, par Charles SEIGNOBOS, maître de conférences à l'Université de Paris. 1 vol. in-8, cart. 6 fr.

L'Hygiène sociale, par E. DUCLAUX, de l'Institut, directeur de l'institut Pasteur. 1 vol. in-8, cart. 6 fr.

Le Contrat de travail. *Le rôle des syndicats professionnels*, par P. BUREAU, prof. à la Faculté libre de droit de Paris. 1 vol. in-8, cart. 6 fr.

Essai d'une philosophie de la solidarité. Conférences et discussions sous la présidence de MM Léon BOURGEOIS, député, ancien président du Conseil des ministres, et A. CROISET, de l'Institut, doyen de la Faculté des lettres de Paris. (*Ecole des Hautes Etudes sociales*, 1901-1902.) 1 vol. in-8, cart. 6 fr.

L'exode rural et le retour aux champs, par E. VANDERVELDE, professeur à l'Université nouvelle de Bruxelles. 1 vol. in-8, cart. 6 fr.

Chaque volume in-8° carré de 300 pages environ, cartonné à l'anglaise . . . . 6 fr.

MINISTRES ET HOMMES D'ÉTAT

HENRI WELSCHINGER. — * **Bismarck.** 1 vol. in-16. 1900. . . . . . 2 fr. 50
H. LÉONARDON. — * **Prim.** 1 vol. in-16. 1901. . . . . 2 fr. 50
M. COURCELLE. — * **Disraëli.** 1 vol. in-16, 1901. . . . . 2 fr. 50
A. VIALLATE. — **Mac Kinley.** 1 vol. in-16, 1903. . . . . 2 fr. 50

SOUS PRESSE OU EN PRÉPARATION :

J. Ferry, par Alfred RAMBAUD (de l'Institut). — **Gladstone**, par F. DE PRESSENSÉ. — **Okoubo**, ministre japonais, par M. COURANT. — **Léon XIII**, par Anatole LEROY-BEAULIEU. — **Alexandre II**, par BOYER. — **Metternich**, par Ch. SCHEFER. — **Lincoln**, par A. VIALLATE.

BIBLIOTHÈQUE
D'HISTOIRE CONTEMPORAINE

Volumes in-12 brochés à 3 fr. 50. — Volumes in-8 brochés de divers prix

EUROPE

DEBIDOUR, inspecteur général de l'Instruction publique. * **Histoire diplomatique de l'Europe, de 1815 à 1878.** 2 vol. in-8. (Ouvrage couronné par l'Institut.) 18 fr.

SYBEL (H. de). * **Histoire de l'Europe pendant la Révolution française,** traduit de l'allemand par Mlle DOSQUET. Ouvrage complet en 6 vol. in-8. 42 fr.

FRANCE

AULARD, professeur à la Sorbonne. * **Le Culte de la Raison et le Culte de l'Être suprême,** étude historique (1793-1794). 1 vol. in-12. 3 fr. 50

— * **Études et leçons sur la Révolution française.** 3 vol. in-12. Chacun. 3 fr. 50

DESPOIS (Eug.). * **Le Vandalisme révolutionnaire.** Fondations littéraires, scientifiques et artistiques de la Convention. 4e éd. 1 vol. in-12. 3 fr. 50

DEBIDOUR, inspecteur général de l'instruction publique. * **Histoire des rapports de l'Église et de l'État en France** (1789-1870). 1 fort vol. in-8. 1898. (Couronné par l'Institut.) 12 fr.

ISAMBERT (G.). * **La vie à Paris pendant une année de la Révolution** (1791-1792). 1 vol. in-12. 1896. 3 fr. 50

MARCELLIN PELLET, ancien député. **Variétés révolutionnaires.** 3 vol. in-12, précédés d'une préface de A. RANC. Chaque vol. séparém. 3 fr. 50

BONDOIS (P.), agrégé de l'Université. * **Napoléon et la société de son temps** (1793-1821). 1 vol. in-8. 7 fr.

CARNOT (H.), sénateur. * **La Révolution française,** résumé historique. 1 volume in-12. Nouvelle édit. 3 fr. 50

ROCHAU (M. de). **Histoire de la Restauration,** traduit de l'allemand. 1 vol. in-12. 3 fr. 50

WEILL (G.), docteur ès lettres, agrégé de l'Université. **Histoire du parti républicain en France, de 1814 à 1870.** 1 vol. in-8. 1900. (Récompensé par l'Institut.) 10 fr.

BLANC (Louis). * **Histoire de Dix ans** (1830-1840). 5 vol. in-8. 25 fr.

GAFFAREL (P.), professeur à l'Université de Dijon. * **Les Colonies françaises.** 1 vol. in-8. 6e édition revue et augmentée. 5 fr.

LAUGEL (A.). * **La France politique et sociale.** 1 vol. in-8. 5 fr.

SPULLER (E.), ancien ministre de l'Instruction publique. * **Figures disparues,** portraits contemp., littér. et politiq. 3 vol. in-12. Chacun. 3 fr. 50

— **Hommes et choses de la Révolution.** 1 vol. in-12. 1896. 3 fr. 50

TAXILE DELORD. * **Histoire du second Empire** (1848-1870). 6 v. in-8. 42 fr.

VALLAUX (C.). * **Les campagnes des armées françaises** (1792-1815). 1 vol. in-12, avec 17 cartes dans le texte. 3 fr. 50

ZEVORT (E.), recteur de l'Académie de Caen. **Histoire de la troisième République :**

- Tome I. * **La présidence de M. Thiers.** 1 vol. in-8. 2e édit. 7 fr.
- Tome II. * **La présidence du Maréchal.** 1 vol. in-8. 2e édit. 7 fr.
- Tome III. **La présidence de Jules Grévy.** 1 vol. in-8. 7 fr.
- Tome IV. **La présidence de Sadi Carnot.** 1 vol. in-8. 7 fr.

WAHL, inspecteur général honoraire de l'Instruction aux colonies. * **L'Algérie.** 1 vol. in-8. 3e édit. refondue, 1898. (Ouvrage couronné par l'Institut.) 5 fr.

LANESSAN (J.-L. de). * **L'Indo-Chine française.** Étude économique, politique et administrative sur *la Cochinchine, le Cambodge, l'Annam et le Tonkin.* (Ouvrage couronné par la Société de géographie commerciale de Paris, médaille Dupleix.) 1 vol. in-8, avec 5 cartes en couleurs hors texte. 15 fr.

PIOLET (J.-B.). **La France hors de France,** notre émigration, sa nécessité. 1 vol. in-8. 1900. 10 fr.

LAPIE (P.), maître de conférences à l'Université de Rennes. ***Les Civilisations tunisiennes** (Musulmans, Israélites, Européens). 1 vol. in-12. 1898. (Couronné par l'Académie française.) 3 fr. 50

WEILL (Georges), agrégé de l'Université, docteur ès lettres. **L'École saint-simonienne**, son histoire, son influence jusqu'à nos jours. 1 vol. in-12. 1896. 3 fr. 50

ANGLETERRE

LAUGEL (Aug.). * **Lord Palmerston et lord Russell.** 1 vol. in-12. 3 fr. 50

SIR CORNEWAL LEWIS. * **Histoire gouvernementale de l'Angleterre, depuis 1770 jusqu'à 1830.** Traduit de l'anglais. 1 vol. in-8. 7 fr.

REYNALD (H.), doyen de la Faculté des lettres d'Aix. * **Histoire de l'Angleterre**, depuis la reine Anne jusqu'à nos jours. 1 vol. in-12. 2ᵉ éd. 3 fr. 50

MÉTIN (Albert). * **Le Socialisme en Angleterre.** 1 vol. in-12. 1897. 3 fr. 50

ALLEMAGNE

VÉRON (Eug.). * **Histoire de la Prusse**, depuis la mort de Frédéric II jusqu'à la bataille de Sadowa. 1 vol. in-12. 6ᵉ édit., avec un chapitre nouveau contenant le résumé des événements jusqu'à nos jours, par P. Bondois, professeur au lycée Buffon. 3 fr. 50

— * **Histoire de l'Allemagne**, depuis la bataille de Sadowa jusqu'à nos jours. 1 vol. in-12. 3ᵉ éd., mise au courant des événements par P. Bondois. 3 fr. 50

ANDLER (Ch.), maître de conférences à l'École normale. **Les origines du socialisme d'état en Allemagne.** 1 vol. in-8. 1897. 7 fr.

GUILLAND (A.), professeur d'histoire à l'École polytechnique suisse. ***L'Allemagne nouvelle et ses historiens.** (Niebuhr, Ranke, Mommsen, Sybel, Treitschke.) 1 vol. in-8. 1899. 5 fr.

MILHAUD (E.), professeur à l'Université de Genève. **La Démocratie socialiste allemande.** 1 vol. in-8. 1903. 10 fr.

AUTRICHE-HONGRIE

ASSELINE (L.). * **Histoire de l'Autriche**, depuis la mort de Marie-Thérèse jusqu'à nos jours. 1 vol. in-12. 3ᵉ édit. 3 fr. 50

BOURLIER (J.). * **Les Tchèques et la Bohême contemporaine.** 1 vol. in-12. 1897. 3 fr. 50

AUERBACH, professeur à Nancy. ***Les races et les nationalités en Autriche-Hongrie.** In-8. 1898. 5 fr.

SAYOUS (Ed.), professeur à la Faculté des lettres de Besançon. **Histoire des Hongrois** et de leur littérature politique, de 1790 à 1815. 1 vol. in-12. 3 fr. 50

ITALIE

SORIN (Élie). ***Histoire de l'Italie**, depuis 1815 jusqu'à la mort de Victor-Emmanuel. 1 vol. in-12. 1888. 3 fr. 50

GAFFAREL (P.), professeur à l'Université de Dijon. ***Bonaparte et les Républiques italiennes** (1796-1799). 1895. 1 vol. in-8. 5 fr.

BOLTON KING (M. A.). ***Histoire de l'unité italienne.** Histoire politique de l'Italie, de 1814 à 1871, traduit de l'anglais, par M. Macquart. introduction de M. Yves Guyot. 1900. 2 vol. in-8. 15 fr.

ESPAGNE

REYNALD (H.). * **Histoire de l'Espagne**, depuis la mort de Charles III jusqu'à nos jours. 1 vol. in-12. 3 fr. 50

ROUMANIE

DAMÉ (Fr.). ***Histoire de la Roumanie contemporaine**, depuis l'avènement des princes indigènes jusqu'à nos jours. 1 vol. in-8. 1900. 7 fr.

RUSSIE

CRÉHANGE (M.), agrégé de l'Université. ***Histoire contemporaine de la Russie**, depuis la mort de Paul Iᵉʳ jusqu'à l'avènement de Nicolas II (1801-1894). 1 vol. in-12. 2ᵉ édit. 1895. 3 fr. 50

SUISSE

DAENDLIKER. ***Histoire du peuple suisse.** Trad. de l'allem. par Mᵐᵉ Jules Favre et précédé d'une Introduction de Jules Favre. 1 vol. in-8. 5 fr.

GRÈCE & TURQUIE

BÉRARD (V.), docteur ès lettres. * **La Turquie et l'Hellénisme contemporain.** (Ouvrage cour. par l'Acad. française.) 1 v. in-12. 3e éd. 3 fr. 50

RODOCANACHI (E.). * **Bonaparte et les îles Ioniennes**, épisode des conquêtes de la République et du premier Empire (1797-1816). 1 volume in-8. 1899. 5 fr.

CHINE

CORDIER (H.), professeur à l'Ecole des langues orientales. **Histoire des relations de la Chine avec les puissances occidentales** (1860-1900).
T. I. — 1861-1875. 1 vol. in-8, avec cartes. 10 fr.
T. II. — 1876-1887. 1 vol. in-8, avec cartes. 10 fr.
T. III. — 1888-1902. 1 vol. in-8, avec cartes et index. 10 fr.

COURANT (M.), maître de conférences à l'Université de Lyon. **En Chine.** *Mœurs et institutions. Hommes et faits.* 1 vol. in-16. 3 fr. 50

AMÉRIQUE

DEBERLE (Alf.). * **Histoire de l'Amérique du Sud**, depuis sa conquête jusqu'à nos jours. 1 vol. in-12. 3e édit., revue par A. MILHAUD, agrégé de l'Université. 3 fr. 50

BARNI (Jules). * **Histoire des idées morales et politiques en France au XVIIIe siècle.** 2 vol. in-12. Chaque volume. 3 fr. 50

— * **Les Moralistes français au XVIIIe siècle.** 1 vol. in-12 faisant suite aux deux précédents. 3 fr. 50

BEAUSSIRE (Émile), de l'Institut. **La Guerre étrangère et la Guerre civile.** 1 vol. in-12. 3 fr. 50

BONET-MAURY. * **Histoire de la liberté de conscience** depuis l'édit de Nantes jusqu'à juillet 1870. 1 vol. in-8. 1900. 5 fr.

BOURDEAU (J.). * **Le Socialisme allemand et le Nihilisme russe.** 1 vol. in-12. 2e édit. 1894. 3 fr. 50

— * **L'évolution du Socialisme.** 1901. 1 vol. in-16. 3 fr. 50

D'EICHTHAL (Eug.). **Souveraineté du peuple et gouvernement.** 1 vol. in-12. 1895. 3 fr. 50

DEPASSE (Hector). **Transformations sociales.** 1894. 1 vol. in-12. 3 fr. 50

— **Du Travail et de ses conditions** (Chambres et Conseils du travail). 1 vol. in-12. 1895. 3 fr. 50

DRIAULT (E.), prof. agr. au lycée de Versailles. * **Les problèmes politiques et sociaux à la fin du XIXe siècle.** In-8. 1900. 7 fr.

— * **La question d'Orient**, préface de G. MONOD, de l'Institut. 1 vol. in-8. 2e édit. 1900. (Ouvrage couronné par l'Institut.) 7 fr.

GUÉROULT (G.). * **Le Centenaire de 1789, évolution** polit., philos., artist. et scient. de l'Europe depuis cent ans. 1 vol. in-12. 1889. 3 fr. 50

LAVELEYE (E. de), correspondant de l'Institut. **Le Socialisme contemporain.** 1 vol. in-12. 10e édit. augmentée. 3 fr. 50

LICHTENBERGER (A.). * **Le Socialisme utopique**, *étude sur quelques précurseurs du Socialisme.* 1 vol. in-12. 1898. 3 fr. 50

— * **Le Socialisme et la Révolution française.** 1 vol. in-8. 5 fr.

MATTER (P.). **La dissolution des assemblées parlementaires**, étude de droit public et d'histoire. 1 vol. in-8. 1898. 5 fr.

REINACH (Joseph). **Pages républicaines.** 1894. 1 vol. in-12. 3 fr. 50

SCHEFER (C.). * **Bernadotte roi** (1810-1818-1844). 1 vol. in-8. 1899. 5 fr.

SPULLER (E.). * **Éducation de la démocratie.** 1 vol. in-12. 1892. 3 fr. 50

— **L'Évolution politique et sociale de l'Église.** 1 vol. in-12. 1893. 3 fr. 50

PUBLICATIONS HISTORIQUES ILLUSTRÉES

* **DE SAINT-LOUIS A TRIPOLI PAR LE LAC TCHAD**, par le lieutenant-colonel MONTEIL. 1 beau vol. in-8 colombier, précédé d'une préface de M. DE VOGÜÉ, de l'Académie française, illustrations de RIOU. 1895. *Ouvrage couronné par l'Académie française (Prix Montyon).* 20 fr.

* **HISTOIRE ILLUSTRÉE DU SECOND EMPIRE**, par Taxile DELORD. 6 vol. in-8, avec 500 gravures. Chaque vol. broché, 8 fr.

HISTOIRE POPULAIRE DE LA FRANCE, depuis les origines jusqu'en 1815. — 4 vol. in-8, avec 1323 gravures. Chacun, 7 fr. 50

BIBLIOTHEQUE DE LA FACULTÉ DES LETTRES DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

***De l'authenticité des épigrammes de Simonide**, par H. HAUVETTE, professeur adjoint. 1 vol. in-8. 5 fr.

***Antinomies linguistiques**, par M. le Prof. VICTOR HENRY, 1 v. in-8. 2 fr.

***Mélanges d'histoire du Moyen âge**, par MM. le Prof. A. LUCHAIRE, DUPONT, FERRIER et POUPARDIN. 1 vol. in-8. 3 fr. 50

***Études linguistiques sur la Basse-Auvergne, phonétique historique du patois de Vinzelles (Puy-de-Dôme)**, par ALBERT DAUZAT, préface de M. le Prof. ANT. THOMAS. 1 vol. in-8. 6 fr.

***De la flexion dans Lucrèce**, par M. le Prof. A. CARTAULT, 1 v. in-8. 4 fr.

***Le treize vendémiaire an IV**, par HENRY ZIVY. 1 vol. in-8. 4 fr.

***Essai de restitution des plus anciens Mémoriaux de la Chambre des Comptes de Paris**, par MM. J. PETIT, GAVRILOVITCH, MAURY et TÉODORU, préface de M. CH.-V. LANGLOIS, chargé de cours. 1 vol. in-8. 9 fr.

Étude sur quelques manuscrits de Rome et de Paris, par M. le Prof. A. LUCHAIRE, membre de l'Institut. 1 vol. in-8. 6 fr.

***Les Satires d'Horace**, par M. le Prof. A. CARTAULT. 1 vol. in-8. 11 fr.

L'imagination et les mathématiques selon Descartes, par P. BOUTROUX, licencié ès lettres. 1 vol. in-8. 2 fr.

***Le dialecte alaman de Colmar (Haute-Alsace) en 1870**, grammaire et lexique, par M. le prof. VICTOR HENRY. 1 vol. in-8. 8 fr.

La main-d'œuvre industrielle dans l'ancienne Grèce, par M. le Prof. GUIRAUD. 1 vol. in-8. 7 fr.

Mélanges d'histoire du Moyen âge, publiés sous la direct. de M. le Prof. A. LUCHAIRE, par MM. LUCHAIRE, HALPHEN et HUCKEL. 1 vol. in-8. 6 fr.

Mélanges d'étymologie française, par M. le Prof. Ant THOMAS. In-8. 7 fr.

La rivière Vincent-Pinzon. *Étude sur la cartographie de la Guyane*, par M. le Prof. VIDAL DE LA BLACHE. In-8, avec grav. et planches hors texte. 6 fr.

Études d'histoire byzantine. **Constantin V, empereur des Romains (740-775)**, par A. LOMBARD, licencié ès lettres. Préface de M. Ch. DIEHL, maître de conférences. 1 vol. in-8. 6 fr.

TRAVAUX DE L'UNIVERSITÉ DE LILLE

PAUL FABRE. **La polyptyque du chanoine Benoît**, in-8. 3 fr. 50

MÉDÉRIC DUFOUR. **Sur la constitution rythmique et métrique du drame grec.** 1re série, 4 fr.; 2e série, 2 fr. 50; 3e série, 2 fr. 50.

A. PINLOCHE. * **Principales œuvres de Herbart.** 7 fr. 50

A. PENJON. **Pensée et réalité**, de A. SPIR, trad. de l'allem. in-8. 10 fr.

G. LEFÈVRE. **Les variations de Guillaume de Champeaux et la question des Universaux.** Etude suivie de documents originaux 1898. 3 fr.

ANNALES DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

Lettres intimes de J.-M. Alberoni adressées au comte J. Rocca, par Emile BOURGEOIS, 1 vol. in-8. 10 fr.

Saint Ambroise, par Raymond THAMIN, 1 vol. in-8. 7 fr. 50

La républ. des Provinces-Unies, France et Pays-Bas espagnols, de 1630 à 1650, par A. WADDINGTON. 2 vol. in-8. 12 fr.

Le Vivarais, essai de géographie régionale, par BURDIN. 1 vol. in-8. 6 fr.

BIBLIOTHÈQUE HISTORIQUE ET POLITIQUE

LOUIS BLANC. **Discours politiques** (1848-1881). 1 vol. in-8. 7 fr. 50

DESCHANEL (E.), sénateur, professeur au Collège de France. * **Le Peuple et la Bourgeoisie.** 1 vol. in-8. 2e édit. 5 fr.

DU CASSE. **Les Rois frères de Napoléon Ier.** 1 vol. in-8. 10 fr.

HENRARD (P.). **Henri IV et la princesse de Condé.** 1 vol. in-8 6 fr.

NOVICOW. **La Politique internationale.** 1 fort vol. in-8. 7 fr.

PHILIPPSON. **La Contre-révolution religieuse au XVIe s.** In-8. 10 fr.

REINACH (J.). * **La France et l'Italie devant l'histoire.** In-8. 5 fr.

*RECUEIL DES INSTRUCTIONS
DONNÉES AUX AMBASSADEURS ET MINISTRES DE FRANCE
DEPUIS LES TRAITÉS DE WESTPHALIE JUSQU'A LA RÉVOLUTION FRANÇAISE

Publié sous les auspices de la Commission des archives diplomatiques au Ministère des Affaires étrangères.

Beaux vol. in-8 rais., imprimés sur pap. de Hollande, avec Introduction et notes.

I. — **AUTRICHE**, par M. Albert SOREL, de l'Académie française. *Épuisé.*
II. — **SUÈDE**, par M. A. GEFFROY, de l'Institut.................. 20 fr.
III. — **PORTUGAL**, par le vicomte DE CAIX DE SAINT-AYMOUR..... 20 fr.
IV et V. — **POLOGNE**, par M. LOUIS FARGES. 2 vol.............. 30 fr.
VI. — **ROME**, par M. G. HANOTAUX, de l'Académie française..... 20 fr.
VII. — **BAVIÈRE, PALATINAT ET DEUX-PONTS**, par M. André LEBON. 25 fr.
VIII et IX. — **RUSSIE**, par M. Alfred RAMBAUD, de l'Institut. 2 vol.
Le 1er vol. 20 fr. Le second vol............................ 25 fr.
X. — **NAPLES ET PARME**, par M. Joseph REINACH.............. 20 fr.
XI. — **ESPAGNE** (1649-1750), par MM. MOREL-FATIO et LÉONARDON (t. I). 20 fr.
XII et XII *bis*. — **ESPAGNE** (1750-1789) (t. II et III), par les mêmes.... 40 fr.
XIII. — **DANEMARK**, par M. A. GEFFROY, de l'Institut............ 14 fr.
XIV et XV. — **SAVOIE-MANTOUE**, par M. HORRIC de BEAUCAIRE. 2 vol. 40 fr.
XVI. — **PRUSSE**, par M A. WADDINGTON. 1 vol. (Couronné par l'Institut.) 28 fr.

---

*INVENTAIRE ANALYTIQUE
DES ARCHIVES DU MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES

Publié sous les auspices de la Commission des archives diplomatiques

I. — **Correspondance politique de MM. de CASTILLON et de MARILLAC, ambassadeurs de France en Angleterre (1537-1542)**, par M. JEAN KAULEK, avec la collaboration de MM. Louis Farges et Germain Lefèvre-Pontalis. 1 vol. in-8 raisin................ 15 fr.
II. — **Papiers de BARTHÉLEMY, ambassadeur de France en Suisse, de 1792 à 1797** (année 1792), par M. Jean KAULEK. 1 vol. in-8 raisin.. 15 fr.
III. — **Papiers de BARTHÉLEMY** (janvier-août 1793), par M. JEAN KAULEK. 1 vol. in-8 raisin.................................. 15 fr.
IV. — **Correspondance politique de ODET DE SELVE, ambassadeur de France en Angleterre** (1546-1549), par M. G. LEFÈVRE-PONTALIS. 1 vol. in-8 raisin.............................. 15 fr.
V. — **Papiers de BARTHÉLEMY** (septembre 1793 à mars 1794), par M. Jean KAULEK. 1 vol. in-8 raisin............................ 18 fr.
VI. — **Papiers de BARTHÉLEMY** (avril 1794 à février 1795), par M. JEAN KAULEK. 1 vol. in-8 raisin.............................. 20 fr.
VII. — **Papiers de BARTHÉLEMY** (mars 1795 à septembre 1796). *Négociations de la paix de Bâle*, par M. Jean KAULEK. 1 v. in-8 raisin. 20 fr.
VIII. — **Correspondance politique de GUILLAUME PELLICIER, ambassadeur de France à Venise (1540-1542)**, par M. Alexandre TAUSSERAT-RADEL. 1 fort vol. in-8 raisin.................... 40 fr.

Correspondance des Deys d'Alger avec la Cour de France (1759-1833), recueillie par Eug. PLANTET, attaché au Ministère des Affaires étrangères. 2 vol. in-8 raisin avec 2 planches en taille-douce hors texte. 30 fr.

Correspondance des Beys de Tunis et des Consuls de France avec la Cour (1577-1830), recueillie par Eug. PLANTET, publiée sous les auspices du Ministère des Affaires étrangères. 3 vol. in-8 raisin. TOME I (1577-1700). *Épuisé.* — TOME II (1700-1770). 20 fr. — TOME III (1770-1830). 20 fr.

Les introducteurs des Ambassadeurs (1589-1900). 1 vol. in-4, avec figures dans le texte et planches hors texte, tiré à 300 exemplaires numérotés. 20 fr.

*REVUE PHILOSOPHIQUE

DE LA FRANCE ET DE L'ÉTRANGER

Dirigée par Th. RIBOT, Membre de l'Institut, Professeur honoraire au Collège de France (28e année, 1903.)

Paraît tous les mois, par livraisons de 7 feuilles grand in-8, et forme chaque année deux volumes de 680 pages chacun.

Prix d'abonnement : Un an, pour Paris, **30** fr. — Pour les départements et l'étranger, **33** fr. — La livraison, **3** fr.

Les années écoulées, chacune **30** francs, et la livraison, **3** fr.

Tables des matières (1876-1887), in-8...... **3** fr. — (1888-1895), in-8...... **3** fr.

---

*REVUE HISTORIQUE

Dirigée par G. MONOD

Membre de l'Institut, Maître de conférences à l'École normale,
Président de la section historique et philologique à l'École des hautes études.
(28e année, 1903.)

Paraît tous les deux mois, par livraisons grand in-8 de 15 feuilles et forme par an trois volumes de 500 pages chacun.

Prix d'abonnement : Un an, pour Paris, **30** fr. — Pour les départements et l'étranger, **33** fr. — La livraison, **6** fr.

Les années écoulées, chacune **30** fr.; le fascicule, **6** fr. Les fascicules de la 1re année, **9** fr.

TABLES GÉNÉRALES DES MATIÈRES

I. 1876 à 1880. 3 fr.; pour les abonnés, 1 fr. 50 | III. 1886 à 1890. 5 fr.; — 2 fr. 50
II. 1881 à 1885. 3 fr.; — 1 fr. 50 | IV. 1891 à 1895. 3 fr.; pour les abonnés, 1 fr. 50
V. 1896 à 1900. 3 fr.; pour les abonnés, 1 fr. 50

ANNALES DES SCIENCES POLITIQUES

REVUE BIMESTRIELLE

Publiée avec la collaboration des professeurs et des anciens élèves de l'Ecole libre des Sciences politiques

(*Dix-huitième année*, 1903.)

COMITÉ DE RÉDACTION : M. Émile Boutmy, de l'Institut, directeur de l'Ecole; M. Alf. de Foville, de l'Institut, conseiller maître à la Cour des comptes; M. R. Stourm, ancien inspecteur des finances et administrateur des Contributions indirectes; M. Alexandre Ribot, député, ancien ministre; M. L. Renault, de l'Institut, professeur à la Faculté de droit; M. Albert Sorel, de l'Académie française; M. A. Vandal, de l'Académie française; M. Aug. Arnauné, Directeur de la Monnaie; M. Emile Bourgeois, maître de conférences à l'Ecole normale supérieure; Directeurs des groupes de travail, professeurs à l'Ecole.

Rédacteur en chef : M. A. Viallate, Prof. à l'Ecole.

Prix d'abonnement. — Un an (du 15 janvier) : Paris, **18** fr.; départements et étranger, **19** fr. — La livraison, **3** fr. **50**.

Les trois premières années (1886-1887-1888) *se vendent chacune* **16** *francs, les livraisons, chacune* **5** *francs, la quatrième année* (1889) *et les suivantes se vendent chacune* **18** *francs, et les livraisons, chacune* **3** *fr.* **50**.

Revue de l'École d'Anthropologie de Paris

(13e année, 1903)

Recueil mensuel publié par les professeurs :

MM. Capitan (Anthropologie pathologique), Mathias Duval (Anthropogénie et Embryologie), Georges Hervé (Ethnologie), J.-V. Laborde (Anthropologie biologique), André Lefèvre (Ethnographie et Linguistique), Ch. Letourneau (Histoire des civilisations), Manouvrier (Anthropologie physiologique), Mahoudeau (Anthropologie zoologique), Schrader (Anthropologie géographique), H. Thulié, directeur de l'Ecole.

Prix d'abonnement : France et Étranger, **10** fr. — Le numéro, **1** fr.

TABLE GÉNÉRALE DES MATIÈRES, 1891-1900. . . . **2** fr.

ANNALES DES SCIENCES PSYCHIQUES

Dirigées par le Dr DARIEX

(13e année, 1903)

Les ANNALES DES SCIENCES PSYCHIQUES paraissent tous les deux mois par numéros de quatre feuilles in-8 carré (64 pages), *depuis le* 15 *janvier* 1891.

Prix d'abonnement : Pour tous pays, **12** fr. — Le numéro, **2** fr. **50**.

REVUE DE MORALE SOCIALE

(5e année, 1903)

Directeur : **Louis BRIDEL**, professeur à l'Université de Genève.

La *Revue de Morale sociale* paraît tous les 3 mois par livraisons de 8 feuilles au moins.

Prix d'abonnement : Un an, **10** fr. — Le numéro, **2** fr. **75**

L'année commence le 1er avril.

BIBLIOTHÈQUE SCIENTIFIQUE
INTERNATIONALE
Publiée sous la direction de M. Émile ALGLAVE

La *Bibliothèque scientifique internationale* est une œuvre dirigée par les auteurs mêmes, en vue des intérêts de la science, pour la populariser sous toutes ses formes, et faire connaître immédiatement dans le monde entier les idées originales, les directions nouvelles, les découvertes importantes qui se font chaque jour dans tous les pays. Chaque savant expose les idées qu'il a introduites dans la science et condense pour ainsi dire ses doctrines les plus originales.

La *Bibliothèque scientifique internationale* ne comprend pas seulement des ouvrages consacrés aux sciences physiques et naturelles; elle aborde aussi les sciences morales, comme la philosophie, l'histoire, la politique et l'économie sociale, la haute législation, etc.; mais les livres traitant des sujets de ce genre se rattachent encore aux sciences naturelles, en leur empruntant les méthodes d'observation et d'expérience qui les ont rendues si fécondes depuis deux siècles.

Les titres marqués d'un astérisque* sont adoptés par le *Ministère de l'Instruction publique de France* pour les bibliothèques des lycées et des collèges.

LISTE DES OUVRAGES

98 VOLUMES IN-8, CARTONNÉS A L'ANGLAISE. CHAQUE VOLUME : 6 FRANCS.

1. TYNDALL (J.). * **Les Glaciers et les Transformations de l'eau,** avec figures. 1 vol. in-8. 7ᵉ édition. 6 fr.
2. BAGEHOT. * **Lois scientifiques du développement des nations** dans leurs rapports avec les principes de la sélection naturelle et de l'hérédité. 1 vol. in-8. 6ᵉ édition. 6 fr.
3. MAREY. * **La Machine animale,** locomotion terrestre et aérienne, avec de nombreuses fig. 1 vol. in-8. 6ᵉ édit. augmentée. 6 fr.
4. BAIN. * **L'Esprit et le Corps.** 1 vol. in-8. 6ᵉ édition. 6 fr.
5. PETTIGREW. * **La Locomotion chez les animaux,** marche, natation et vol. 1 vol. in-8, avec figures. 2ᵉ édit. 6 fr.
6. HERBERT SPENCER.* **La Science sociale.** 1 v. in-8. 12ᵉ édit. 6 fr.
7. SCHMIDT (O.). * **La Descendance de l'homme et le Darwinisme.** 1 vol. in-8, avec fig. 6ᵉ édition. 6 fr.
8. MAUDSLEY. * **Le Crime et la Folie.** 1 vol. in-8. 7ᵉ édit. 6 fr.
9. VAN BENEDEN. * **Les Commensaux et les Parasites dans le règne animal.** 1 vol. in-8, avec figures. 4ᵉ édit. 6 fr.
10. BALFOUR STEWART.* **La Conservation de l'énergie,** suivi d'une *Étude sur la nature de la force*, par M. P. de SAINT-ROBERT, avec figures. 1 vol. in-8. 6ᵉ édition. 6 fr.
11. DRAPER. **Les Conflits de la science et de la religion.** 1 vol. in-8. 10ᵉ édition. 6 fr.
12. DUMONT (L.) * **Théorie scientifique de la sensibilité.** 1 vol. in-8. 4ᵉ édition. 6 fr.
13. SCHUTZENBERGER. * **Les Fermentations** 1 vol. in-8, avec fig. 6ᵉ édit. 6 fr.
14. WHITNEY. * **La Vie du langage.** 1 vol. in-8. 4ᵉ édit. 6 fr.
15. COOKE et BERKELEY. * **Les Champignons.** 1 vol. in-8, avec figures. 4ᵉ édition. 6 fr.
16. BERNSTEIN. * **Les Sens.** 1 vol. in-8, avec 91 fig. 5ᵉ édit. 6 fr.
17. BERTHELOT. * **La Synthèse chimique.** 1 vol. in-8. 8ᵉ édit. 6 fr.
18. NIEWENGLOWSKI (H.). * **La photographie et la photochimie.** 1 vol. in-8, avec gravures et une planche hors texte. 6 fr.
19. LUYS. * **Le Cerveau et ses fonctions,** avec fig. 1 v. in-8. 7ᵉ édit. 6 fr.

20. STANLEY JEVONS.* **La Monnaie et le Mécanisme de l'échange.** 1 vol. in-8. 5e édition. 6 fr.
21. FUCHS. * **Les Volcans et les Tremblements de terre.** 1 vol. in-8, avec figures et une carte en couleurs. 5e édition. 6 fr.
22. GÉNÉRAL BRIALMONT. * **Les Camps retranchés et leur rôle dans la défense des États,** avec fig. dans le texte et 2 planches hors texte. 3e édit. *Épuisé.*
23. DE QUATREFAGES.* **L'Espèce humaine.** 1 v. in-8. 13e édit. 6 fr.
24. BLASERNA et HELMHOLTZ. * **Le Son et la Musique.** 1 vol. in-8, avec figures. 5e édition. 6 fr.
25. ROSENTHAL.* **Les Nerfs et les Muscles.** 1 vol. in-8, avec 75 figures. 3e édition. *Epuisé.*
26. BRUCKE et HELMHOLTZ. * **Principes scientifiques des beaux-arts.** 1 vol. in-8, avec 39 figures. 4e édition. 6 fr.
27. WURTZ. * **La Théorie atomique.** 1 vol. in-8. 8e édition. 6 fr.
28-29. SECCHI (le père). * **Les Étoiles.** 2 vol. in-8, avec 63 figures dans le texte et 17 pl. en noir et en couleurs hors texte. 3e édit. 12 fr.
30. JOLY.* **L'Homme avant les métaux.** 1 v. in-8, avec fig. 4e éd. *Épuisé.*
31. A. BAIN.* **La Science de l'éducation.** 1 vol. in-8. 9e édit. 6 fr.
32-33. THURSTON (R.).* **Histoire de la machine à vapeur,** précédée d'une Introduction par M. Hirsch. 2 vol. in-8, avec 140 figures dans le texte et 16 planches hors texte. 3e édition. 12 fr.
34. HARTMANN (R.). * **Les Peuples de l'Afrique.** 1 vol. in-8, avec figures. 2e édition. *Épuisé.*
35. HERBERT SPENCER. * **Les Bases de la morale évolutionniste.** 1 vol. in-8. 6e édition. 6 fr.
36. HUXLEY. * **L'Écrevisse,** introduction à l'étude de la zoologie. 1 vol. in-8, avec figures. 2e édition. 6 fr.
37. DE ROBERTY. * **De la Sociologie.** 1 vol. in-8. 3e édition. 6 fr.
38. ROOD. * **Théorie scientifique des couleurs.** 1 vol. in-8, avec figures et une planche en couleurs hors texte. 2e édition. 6 fr.
39. DE SAPORTA et MARION. * **L'Évolution du règne végétal** (les Cryptogames). 1 vol. in-8, avec figures. 6 fr.
40-41. CHARLTON BASTIAN. * **Le Cerveau, organe de la pensée chez l'homme et chez les animaux.** 2 vol. in-8, avec figures. 2e éd. 12 fr.
42. JAMES SULLY. * **Les Illusions des sens et de l'esprit.** 1 vol. in-8, avec figures. 3e édit. 6 fr.
43. YOUNG. * **Le Soleil.** 1 vol. in-8, avec figures. *Épuisé.*
44. DE CANDOLLE.* **L'Origine des plantes cultivées.** 4e éd. 1 v in-8. 6 fr.
45-46. SIR JOHN LUBBOCK. * **Fourmis, abeilles et guêpes.** 2 vol. in-8, avec 65 figures dans le texte et 13 planches hors texte, dont 5 coloriées. *Épuisé.*
47. PERRIER (Edm.). **La Philosophie zoologique avant Darwin.** 1 vol. in-8. 3e édition. 6 fr.
48. STALLO. * **La Matière et la Physique moderne.** 1 vol. in-8. 3e éd., précédé d'une Introduction par Ch. Friedel. 6 fr.
49. MANTEGAZZA. **La Physionomie et l'Expression des sentiments.** 1 vol. in-8. 3e édit., avec huit planches hors texte. 6 fr.
50. DE MEYER. * **Les Organes de la parole et leur emploi pour la formation des sons du langage.** 1 vol. in-8, avec 51 figures, précédé d'une Introd. par M. O. Claveau. 6 fr.
51. DE LANESSAN. * **Introduction à l'Étude de la botanique** (le Sapin). 1 vol. in-8. 2e édit., avec 143 figures. 6 fr.
52-53. DE SAPORTA et MARION. * **L'Évolution du règne végétal** (les Phanérogames). 2 vol. in-8, avec 136 figures. 12 fr.
54. TROUESSART. * **Les Microbes, les Ferments et les Moisissures.** 1 vol. in-8. 2e édit., avec 107 figures. 6 fr.
55. HARTMANN (R.).* **Les Singes anthropoïdes, et leur organisation comparée à celle de l'homme.** 1 vol. in-8, avec figures. 6 fr.

56. SCHMIDT (O.). ***Les Mammifères dans leurs rapports avec leurs ancêtres géologiques.** 1 vol. in-8, avec 51 figures. 6 fr.
57. BINET et FÉRÉ. **Le Magnétisme animal.** 1 vol. in-8. 4e édit. 6 fr.
58-59. ROMANES.* **L'Intelligence des animaux.** 2 v. in-8. 3e édit. 12 fr.
60. LAGRANGE (F.). **Physiol. des exerc. du corps.** 1 v. in-8 7e éd. 6 fr.
61. DREYFUS.* **Évol. des mondes et des sociétés.** 1 v. in-8 3e édit. 6 fr.
62. DAUBRÉE. * **Les Régions invisibles du globe et des espaces célestes.** 1 vol. in-8, avec 85 fig. dans le texte. 2e édit. 6 fr.
63-64. SIR JOHN LUBBOCK. * **L'Homme préhistorique.** 2 vol. in-8, avec 228 figures dans le texte. 4e édit. 12 fr.
65. RICHET (Ch.). **La Chaleur animale.** 1 vol. in-8, avec figures. 6 fr.
66. FALSAN (A.). ***La Période glaciaire.** 1 vol. in-8, avec 105 figures e 2 cartes. *Épuisé.*
67. BEAUNIS (H.). **Les Sensations internes.** 1 vol. in-8. 6 fr.
68. CARTAILHAC (E.). **La France préhistorique**, d'après les sépultures et les monuments. 1 vol. in-8, avec 162 figures. 2e édit. 6 fr.
69. BERTHELOT.* **La Révol. chimique, Lavoisier.** 1 vol. in-8. 2e éd. 6 fr.
70. SIR JOHN LUBBOCK. * **Les Sens et l'instinct chez les animaux**, principalement chez les insectes. 1 vol. in-8, avec 150 figures. 6 fr.
71. STARCKE. ***La Famille primitive.** 1 vol. in-8. 6 fr.
72. ARLOING. * **Les Virus.** 1 vol. in-8, avec figures. 6 fr.
73. TOPINARD. * **L'Homme dans la Nature.** 1 vol. in-8, avec fig. 6 fr.
74. BINET (Alf.).* **Les Altérations de la personnalité.** 1 vol. in-8, avec figures. 2e édit. 6 fr.
75. DE QUATREFAGES (A.).* **Darwin et ses précurseurs français.** 1 vol. in-8. 2e édition refondue. 6 fr.
76. LEFÈVRE (A.). * **Les Races et les langues.** 1 vol. in-8. 6 fr.
77-78. DE QUATREFAGES (A.).* **Les Emules de Darwin.** 2 vol. in-8, avec préfaces de MM. E. Perrier et Hamy. 12 fr.
79. BRUNACHE (P.).* **Le Centre de l'Afrique. Autour du Tchad.** 1 vol. in-8, avec figures. 6 fr.
80. ANGOT (A.). ***Les Aurores polaires.** 1 vol. in-8, avec figures. 6 fr.
81. JACCARD. ***Le pétrole, le bitume et l'asphalte** au point de vue géologique. 1 vol. in-8, avec figures. 6 fr.
82. MEUNIER (Stan.).* **La Géologie comparée.** 1 vol. in-8, avec fig. 6 fr.
83. LE DANTEC. ***Théorie nouvelle de la vie.** 2e éd. 1 v. in-8, avec fig. 6 fr.
84. DE LANESSAN.* **Principes de colonisation.** 1 vol. in-8. 6 fr.
85. DEMOOR, MASSART et VANDERVELDE. ***L'évolution régressive en biologie et en sociologie.** 1 vol. in-8, avec gravures. 6 fr.
86. MORTILLET (G. de). ***Formation de la Nation française.** 2e édit. 1 vol. in-8, avec 150 gravures et 18 cartes. 6 fr.
87. ROCHÉ (G.). ***La Culture des Mers** (piscifacture, pisciculture, ostréiculture). 1 vol. in-8, avec 81 gravures. 6 fr.
88. COSTANTIN (J.). ***Les Végétaux et les Milieux cosmiques** (adaptation, évolution). 1 vol. in-8, avec 171 gravures. 6 fr.
89. LE DANTEC. **L'évolution individuelle et l'hérédité.** 1 vol. in-8. 6 fr.
90. GUIGNET et GARNIER. ***La Céramique ancienne et moderne.** 1 vol., avec grav. 6 fr.
91. GELLÉ (E.-M.). * **L'audition et ses organes.** 1 v. in-8, avec gr. 6 fr.
92. MEUNIER (St.). ***La Géologie expérimentale.** 1 v. in-8, av. grav. 6 fr.
93. COSTANTIN (J.). ***La Nature tropicale.** 1 vol. in-8, avec grav. 6 fr.
94. GROSSE (E.). ***Les débuts de l'art.** Introduction de L. Marillier. 1 vol in-8, avec 32 gravures dans le texte et 3 pl. hors texte. 6 fr.
95. GRASSET (J.). **Les Maladies de l'orientation et de l'équilibre.** 1 vol. in-8, avec gravures. 6 fr.
96. DEMENY (G.). ***Les bases scientifiques de l'éducation physique.** 1 vol. in-8, avec 196 gravures. 6 fr.
97. MALMÉJAC (F.). **L'eau dans l'alimentation.** 1 v. in-8, av. grav. 6 fr.
98. MEUNIER (Stan.). **La géologie générale.** 1 v. in-8, av. grav. 6 fr.

LISTE PAR ORDRE DE MATIÈRES
DES 98 VOLUMES PUBLIÉS

DE LA BIBLIOTHÈQUE SCIENTIFIQUE INTERNATIONALE

Chaque volume in-8, cartonné à l'anglaise..... 6 francs.

SCIENCES SOCIALES

* **Introd. à la science sociale**, par HERBERT SPENCER. 1 vol. in-8. 12ᵉ éd. 6 fr.
* **Les Bases de la morale évolutionniste**, par HERBERT SPENCER. 1 vol. in-8. 6ᵉ édit. 6 fr.

Les Conflits de la science et de la religion, par DRAPER, professeur à l'Université de New-York. 1 vol. in-8. 10ᵉ édit. 6 fr.

* **Le Crime et la Folie**, par H. MAUDSLEY, professeur de médecine légale à l'Université de Londres. 1 vol. in-8. 7ᵉ édit. 6 fr.
* **La Monnaie et le Mécanisme de l'échange**, par W. STANLEY JEVONS, professeur à l'Université de Londres. 1 vol. in-8. 5ᵉ édit. 6 fr.
* **La Sociologie**, par DE ROBERTY. 1 vol. in-8. 3ᵉ édit. 6 fr.
* **La Science de l'éducation**, par Alex. BAIN, professeur à l'Université d'Aberdeen (Écosse). 1 vol. in-8. 9ᵉ édit. 6 fr.
* **Lois scientifiques du développement des nations**, par W. BAGEHOT. 1 vol. in-8. 6ᵉ édit. 6 fr.
* **La Vie du langage**, par D. WHITNEY, professeur de philologie comparée à Yale-College de Boston (États-Unis). 1 vol. in-8. 3ᵉ édit. 6 fr.
* **La Famille primitive**, par J. STARCKE, prof. à l'Univ. de Copenhague. 1 vol. in-8. 6 fr.
* **Principes de colonisation**, par J.-L. de LANESSAN, prof. à la Faculté de médecine de Paris, ancien gouverneur de l'Indo-Chine, 1 vol. in-8. 6 fr.

PHYSIOLOGIE

* **Les Illusions des sens et de l'esprit**, par James SULLY. 1 v. in-8. 2ᵉ édit. 6 fr.
* **La Locomotion chez les animaux** (marche, natation et vol), par J.-B. PETTIGREW, professeur au Collège royal de chirurgie d'Édimbourg (Écosse). 1 vol. in-8, avec 140 figures dans le texte. 2ᵉ édit. 6 fr.
* **La Machine animale**, par E.-J. MAREY, membre de l'Institut, prof. au Collège de France. 1 vol. in-8, avec 117 figures. 6ᵉ édit. 6 fr.
* **Les Sens**, par BERNSTEIN, professeur de physiologie à l'Université de Halle (Prusse). 1 vol. in-8, avec 91 figures dans le texte. 4ᵉ édit. 6 fr.
* **Les Organes de la parole**, par H. DE MEYER, professeur à l'Université de Zurich, traduit de l'allemand et précédé d'une introduction sur l'*Enseignement de la parole aux sourds-muets*, par O. CLAVEAU, inspecteur général des établissements de bienfaisance. 1 vol. in-8, avec 51 grav. 6 fr.

La Physionomie et l'Expression des sentiments, par P. MANTEGAZZA, professeur au Muséum d'histoire naturelle de Florence. 1 vol. in-8, avec figures et 8 planches hors texte. 3ᵉ édit. 6 fr.

* **Physiologie des exercices du corps**, par le docteur F. LAGRANGE. 1 vol. in-8. 7ᵉ édit. (Ouvrage couronné par l'Institut.) 6 fr.

La Chaleur animale, par CH. RICHET, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8, avec figures dans le texte. 6 fr.

Les Sensations internes, par H. BEAUNIS. 1 vol. in-8. 6 fr.

* **Les Virus**, par M. ARLOING, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, directeur de l'Ecole vétérinaire. 1 vol. in-8, avec fig. 6 fr.
* **Théorie nouvelle de la vie**, par F. LE DANTEC, chargé du cours d'embryologie générale à la Sorbonne. 2ᵉ édit. 1 vol in-8, avec figures 6 fr.

L'évolution individuelle et l'hérédité, par *le même*. 1 vol. in-8. 6 fr.

* **L'audition et ses organes**, par le Dʳ E.-M. GELLÉ, membre de la Société de biologie. 1 vol. in-8, avec grav. 6 fr.
* **Les bases scientifiques de l'éducation physique**, par G. DEMENY, chargé du cours d'éducation physique de la Ville de Paris. 1 v. in-8, av. 196 grav. 6 fr.

PHILOSOPHIE SCIENTIFIQUE

* **Le Cerveau et ses fonctions**, par J. LUYS, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Charité. 1 vol. in-8, avec fig. 7ᵉ édit. 6 fr.
* **Le Cerveau et la Pensée chez l'homme et les animaux**, par CHARLTON BASTIAN, professeur à l'Université de Londres. 2 vol. in-8, avec 184 fig. dans le texte. 2ᵉ édit. 12 fr.

Les Maladies de l'orientation et de l'équilibre, par J. GRASSET, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. 1 vol. in-8, avec gravures. 6 fr.

* **Le Crime et la Folie**, par H. MAUDSLEY, prof. à l'Univ. de Londres. In-8, 6e éd. 6 fr.
* **L'Esprit et le Corps**, considérés au point de vue de leurs relations, suivi d'études sur les *Erreurs généralement répandues au sujet de l'esprit*, par Alex. BAIN, prof. à l'Université d'Aberdeen (Écosse). 1 v. in-8. 6e éd. 6 fr.

Théorie scientifique de la sensibilité : *le Plaisir et la Douleur*, par Léon DUMONT. 1 vol. in-8. 3e édit. 6 fr.

* **La Matière et la Physique moderne**, par STALLO, précédé d'une préface par M. Ch. FRIEDEL, de l'Institut. 1 vol. in-8. 2e édit. 6 fr.

Le Magnétisme animal, par Alf. BINET et Ch. FÉRÉ. 1 vol. in-8, avec figures dans le texte. 4e édit. 6 fr.

* **L'Intelligence des animaux**, par ROMANES. 2 v. in-8. 2e éd. précédée d'une préface de M. E. PERRIER, directeur du Muséum d'histoire naturelle. 12 fr.
* **L'Évolution des mondes et des sociétés**, par C. DREYFUS. In-8. 6 fr.
* **L'Evolution régressive en biologie et en sociologie**, par DEMOOR, MASSART et VANDERVELDE, prof. des Univ. de Bruxelles. 1 v. in-8, avec grav. 6 fr.
* **Les Altérations de la personnalité**, par Alf. BINET, directeur du laboratoire de psychologie à la Sorbonne. In-8, avec gravures. 6 fr.

ANTHROPOLOGIE

* **L'Espèce humaine**, par A. DE QUATREFAGES, de l'Institut, professeur au Muséum d'histoire naturelle de Paris. 1 vol. in-8. 12e édit. 6 fr.
* **Ch. Darwin et ses précurseurs français**, par A. DE QUATREFAGES. 1 v. in-8. 2e édition. 6 fr.
* **Les Émules de Darwin**, par A. DE QUATREFAGES, avec une préface de M. EDM. PERRIER, de l'Institut, et une notice sur la vie et les travaux de l'auteur par E.-T. HAMY, de l'Institut. 2 vol. in-8. 12 fr.
* **Les Singes anthropoïdes** et leur organisation comparée à celle de l'homme, par R. HARTMANN, prof. à l'Univ. de Berlin. 1 vol. in-8, avec 63 fig. 6 fr.
* **L'Homme préhistorique**, par SIR JOHN LUBBOCK, membre de la Société royale de Londres. 2 vol. in-8, avec 228 gravures dans le texte. 3e édit. 12 fr.

La France préhistorique, par E. CARTAILHAC. In-8, avec 150 gr. 2e édit. 6 fr.

* **L'Homme dans la Nature**, par TOPINARD, ancien secrétaire général de la Société d'anthropologie de Paris. 1 vol. in-8, avec 101 gravures. 6 fr.
* **Les Races et les Langues**, par André LEFÈVRE, professeur à l'École d'anthropologie de Paris. 1 vol. in-8. 6 fr.
* **Le centre de l'Afrique. Autour du Tchad**, par P. BRUNACHE, administrateur à Aïn-Fezza (Algérie). 1 vol. in-8, avec gravures. 6 fr.
* **Formation de la Nation française**, par G. de MORTILLET, professeur à l'Ecole d'anthropologie. In-8, avec 150 grav. et 18 cartes. 2e édit. 6 fr.

ZOOLOGIE

* **La Descendance de l'homme et le Darwinisme**, par O. SCHMIDT, professeur à l'Université de Strasbourg. 1 vol. in-8, avec figures. 6e édit. 6 fr.
* **Les Mammifères dans leurs rapports avec leurs ancêtres géologiques**, par O. SCHMIDT. 1 vol. in-8, avec 51 figures dans le texte. 6 fr.
* **Les Sens et l'instinct chez les animaux**, et principalement chez les insectes, par Sir JOHN LUBBOCK. 1 vol. in-8 avec grav. 6 fr.
* **L'Écrevisse**, introduction à l'étude de la zoologie, par Th.-H. HUXLEY, membre de la Société royale de Londres. 1 vol. in-8, avec 82 grav. 6 fr.
* **Les Commensaux et les Parasites** dans le règne animal, par P.-J. VAN BENEDEN, professeur à l'Université de Louvain (Belgique). 1 vol. in-8, avec 82 figures dans le texte. 3e édit. 6 fr.
* **La Philosophie zoologique avant Darwin**, par EDMOND PERRIER, de l'Institut, directeur du Muséum. 1 vol. in-8. 2e édit. 6 fr.
* **Darwin et ses précurseurs français**, par A. de QUATREFAGES, de l'Institut. 1 vol. in-8. 2e édit. 6 fr.
* **La Culture des mers en Europe** (Pisciculture, piscifacture, ostréiculture), par G. ROCHÉ, insp. gén. des pêches maritimes. In-8, avec 81 grav. 6 fr.

BOTANIQUE — GÉOLOGIE

* **Les Champignons**, par COOKE et BERKELEY. 1 v. in-8, avec 110 fig. 4e éd. 6 fr.
* **L'Évolution du règne végétal**, par G. DE SAPORTA et MARION, prof. à la Faculté des sciences de Marseille :
  * I. *Les Cryptogames*. 1 vol. in-8, avec 85 figures dans le texte. 6 fr.

  II. *Les Phanérogames*. 2 vol. in-8, avec 136 fig. dans le texte. 12 fr.

Les Volcans et les Tremblements de terre, par FUCHS, prof. à l'Univ. de Heidelberg. 1 vol. in-8, avec 36 fig. 5e éd. et une carte en couleurs. 6 fr.

* **La Période glaciaire**, principalement en France et en Suisse, par A. FALSAN. 1 vol. in-8, avec 105 gravures et 2 cartes hors texte. *Epuisé.*
* **Les Régions invisibles du globe et des espaces célestes**, par A. DAUBRÉE, de l'Institut. 1 vol. in-8, 2e édit., avec 89 gravures. 6 fr.
* **Le Pétrole, le Bitume et l'Asphalte**, par M. JACCARD, professeur à l'Académie de Neuchâtel (Suisse). 1 vol. in-8, avec figures. 6 fr.
* **L'Origine des plantes cultivées**, par A. DE CANDOLLE, correspondant de l'Institut. 1 vol. in-8. 4e édit. 6 fr.
* **Introduction à l'étude de la botanique** (*le Sapin*), par J. DE LANESSAN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8. 2e édit., avec figures dans le texte. 6 fr.
* **Microbes, Ferments et Moisissures**, par le docteur L. TROUESSART. 1 vol. in-8, avec 108 figures dans le texte. 2e édit. 6 fr.
* **La Géologie comparée**, par STANISLAS MEUNIER, professeur au Muséum. 1 vol. in-8, avec figures. 6 fr.
* **La Géologie expérimentale**, par *le même*. 1 vol. in-8, avec fig. 6 fr.

La Géologie générale, par *le même*. 1 vol. in-8, avec fig. 6 fr.

* **Les Végétaux et les milieux cosmiques** (adaptation, évolution), par J. COSTANTIN, prof. au Muséum. 1 vol. in-8, avec 171 figures. 6 fr.
* **La Nature tropicale**, par *le même*. 1 vol. in-8, avec fig. 6 fr.

CHIMIE

* **Les Fermentations**, par P. SCHUTZENBERGER, memb. de l'Institut. 1 v. in-8, avec fig. 6e édit. 6 fr.
* **La Synthèse chimique**, par M. BERTHELOT, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences. 1 vol. in-8. 8e édit. 6 fr.
* **La Théorie atomique**, par Ad. WURTZ, membre de l'Institut. 1 vol. in-8. 8e édit., précédée d'une introduction sur *la Vie et les Travaux* de l'auteur, par M. Ch. FRIEDEL, de l'Institut. 6 fr.

La Révolution chimique (*Lavoisier*), par M. BERTHELOT. 1 v. in-8. 2e éd. 6 fr.

* **La Photographie et la Photochimie**, par H. NIEWENGLOWSKI. 1 vol., avec gravures et une planche hors texte. 6 fr.

L'eau dans l'alimentation, par le docteur F. MALMÉJAC. 1 vol. in-8, avec gravures. 6 fr.

ASTRONOMIE — MÉCANIQUE

* **Histoire de la Machine à vapeur, de la Locomotive et des Bateaux à vapeur**, par R. THURSTON, professeur à l'Institut technique de Hoboken, près de New-York, revue, annotée et augmentée d'une introduction par M. HIRSCH, professeur à l'École des ponts et chaussées de Paris. 2 vol. in-8, avec 160 figures et 16 planches hors texte. 3e édit. 12 fr.
* **Les Etoiles**, par le P. A. SECCHI, directeur de l'Observatoire du Collège romain. 2 vol. in-8, avec 68 figures et 16 planches. 2e édit. 12 fr.
* **Les Aurores polaires**, par A. ANGOT, membre du Bureau central météorologique de France. 1 vol. in-8, avec figures. 6 fr.

PHYSIQUE

La Conservation de l'énergie, par BALFOUR STEWART, prof. de physique au collège Owens de Manchester (Angleterre). 1 vol. in-8, avec fig. 6e édit. 6 fr.

* **Les Glaciers et les Transformations de l'eau**, par J. TYNDALL, suiv. d'une étude sur le même sujet, par HELMHOLTZ, professeur à l'Université de Berlin. 1 vol. in-8, avec fig. et 8 planches hors texte. 5e édit. 6 fr.
* **La Matière et la Physique moderne**, par STALLO, précédé d'une préface par Ch. FRIEDEL, membre de l'Institut. 1 vol. in-8. 3e édit. 6 fr.

THÉORIE DES BEAUX-ARTS

* **Les Débuts de l'art**, par E. GROSSE. Traduit de l'allemand par A. DIRR. Préface de L. MARILLIER, 1 vol. in-8, avec gravures. 6 fr.
* **Le Son et la Musique**, par P. BLASERNA, prof. à l'Université de Rome, prof. à l'Université de Berlin. 1 vol. in-8, avec 41 fig. 5e édit. 6 fr.
* **Principes scientifiques des Beaux-Arts**, par E. BRUCKE, professeur à l'Université de Vienne. 1 vol. in-8, avec fig. 4e édit. 6 fr.
* **Théorie scientifique des couleurs** et leurs applications aux arts et à l'industrie, par O. N. ROOD, professeur à Colombia-Collège de New-York. 1 vol. in-8, avec 130 figures et une planche en couleurs. 6 fr.
* **La Céramique ancienne et moderne**, par MM. GUIGNET, directeur des teintures à la Manufacture des Gobelins, et GARNIER, directeur du Musée de la Manufacture de Sèvres. 1 vol. in-8, avec grav. 6 fr.

RÉCENTES PUBLICATIONS

HISTORIQUES, PHILOSOPHIQUES ET SCIENTIFIQUES

qui ne se trouvent pas dans les collections précédentes.

ALAUX. **Esquisse d'une philosophie de l'être.** In-8. 1 fr.
— **Les Problèmes religieux au XIXe siècle.** 1 vol. in-8. 7 fr. 50
— **Philosophie morale et politique,** in-8. 1893. 7 fr. 50
— **Théorie de l'âme humaine.** 1 vol. in-8. 1895. 10 fr. (Voy. p. 2.)
— **Dieu et le Monde.** *Essai de phil. première.* 1901. 1 vol. in-12. 2 fr. 50
ALTMEYER. **Les Précurs. de la réforme aux Pays-Bas.** 2 v. in-8. 12 fr.
AMIABLE (Louis). **Une loge maçonnique d'avant 1789.** 1 v. in-8. 6 fr.
ANSIAUX (M.). **Heures de travail et salaires,** in-8. 1896. 5 fr.
ARNAUNÉ (A.), directeur de la Monnaie. **La monnaie, le crédit et le change** 2e édition, revue et augmentée. 1 vol. in-8. 1902. 8 fr.
ARRÉAT. **Une Éducation intellectuelle.** 1 vol. in-18. 2 fr. 50
— **Journal d'un philosophe.** 1 vol. in-18. 3 fr. 50 (Voy. p. 2 et 5.)
AZAM. **Hypnotisme et double conscience.** 1 vol. in-8. 9 fr.
BAISSAC (J.). **Les Origines de la religion.** 2 vol. in-8. 12 fr.
BALFOUR STEWART et TAIT. **L'Univers invisible.** 1 vol. in-8. 7 fr.
BARTHÉLEMY-SAINT-HILAIRE. (Voy. pages 5 et 10, ARISTOTE.)
— ***Victor Cousin,** sa vie, sa correspondance. 3 vol. in-8. 1895. 30 fr.
BEAUMONT (G. de). **Paroles d'un vivant,** in-8. 1900. 5 fr.
BERTAULD (P.-A.). **Positivisme et philos. scientif.** In-12. 1899. 3 fr. 50
BERTON (H.), docteur en droit. **L'évolution constitutionnelle du second empire.** Doctrines, textes, histoire. 1 fort vol. in-8. 1900. 12 fr.
BLONDEAU (C.). **L'absolu et sa loi constitutive.** 1 vol. in-8. 1897. 6 fr.
BLUM (E.), agrégé de philosophie. **La Déclaration des Droits de l'homme.** Texte et commentaire. Préface de M. G. COMPAYRÉ, recteur de l'Académie de Lyon. 1 vol. in-8. 1902. 3 fr. 75
BOILLEY (P.). **La Législation internationale du travail.** In-12. 3 fr.
— **Les trois socialismes** : anarchisme, collectivisme, réformisme. 3 fr. 50
— **De la production industrielle.** In-12. 1899. 2 fr. 50
BOURDEAU (Louis). **Théorie des sciences.** 2 vol. in-8. 20 fr.
— **La Conquête du monde animal.** In-8. 5 fr.
— **La Conquête du monde végétal.** In-8. 1893. 5 fr.
— **L'Histoire et les historiens.** 1 vol. in-8. 7 fr. 50
— ***Histoire de l'alimentation.** 1894. 1 vol. in-8. 5 fr. (V. p. 5.)
BOUSREZ (L.). **L'Anjou aux âges de la Pierre et du Bronze.** 1 vol. gr. in-8, avec pl. h. texte. 1897. 3 fr. 50
BOUTROUX (Em.). ***De l'idée de loi naturelle dans la science et la philosophie.** 1 vol. in-8. 1895. 2 fr. 50. (V. p. 2 et 6.)
BRASSEUR. **La question sociale.** 1 vol. in-8. 1900. 7 fr. 50
BROOKS ADAMS. **La loi de la civilisation et de la décadence.** In-8. 1899. 7 fr. 50
BUCHER (Karl). **Etudes d'histoire et d'économie polit.,** 1901, in-8. 6 fr.
BUNGE (N.-Ch.). **Littérature poli-économique,** 1 vol. in-8. 1898. 7 fr. 50
CARDON (G.). ***Les Fondateurs de l'Université de Douai.** In-8. 10 fr.
CLAMAGERAN. **La Réaction économique et la démocratie.** In-18. 1 fr. 25
— **La lutte contre le mal.** 1 vol. in-18. 1897. 3 fr. 50
COIGNET (Mme C). **Victor Considérant.** 1 vol. in-8. 1895. 2 fr. 50
COLLIGNON (A.). ***Diderot,** sa vie et sa correspondance. In-12. 1895. 3 fr. 50
COMBARIEU (J.). ***Les rapports de la musique et de la poésie** considérés au point de vue de l'expression. 1893. 1 vol. in-8. 7 fr. 50
COSTE (Ad.). **Hygiène sociale contre le paupérisme.** In-8. 6 fr.
— **Nouvel exposé d'économie politique et de physiologie sociale.** In-18. 3 fr. 50 (Voy. p. 2, 6 et 32.)

COUTURAT (Louis). ***De l'infini mathématique**. In-8. 1896. 12 fr.
DANY (G.), docteur en droit. ***Les Idées politiques en Pologne à la fin du XVIIIe siècle**. *La Constit. du 3 mai* 1793, in-8, 1901. 6 fr.
DAREL (D^r). **La Folie**. *Ses causes. Sa thérapeutique*. 1901, in-12. 4 fr.
DAURIAC. **Croyance et réalité**. 1 vol. in-18. 1889. 3 fr. 50
— **Le Réalisme de Reid**. In-8. 1 fr. (V. p. 2.)
DAUZAT (A.), docteur en droit. **Du Rôle des Chambres en matière de traités internationaux**. 1 vol. grand in-8. 1899. 5 fr. (V. p. 17.)
DEFOURNY (M.). **La sociologie positiviste**. *Auguste Comte*. In-8. 1902. 6 fr.
DERAISMES (Mlle Maria). **Œuvres complètes**. 4 vol. Chacun. 3 fr. 50
DESPAUX. **Genèse de la matière et de l'énergie**. In-8. 1900. 4 fr.
DOLLOT (R.), docteur en droit. **Les origines de la neutralité de la Belgique** (1609-1830). 1 vol. in-8. 1902. 10 fr.
DOUHÉRET. ***Idéologie**, discours sur la philos. prem. In-18. 1900. 1 fr. 25
DROZ (Numa). **Etudes et portraits politiques**. 1 vol. in-8. 1895. 7 fr. 50
— **Essais économiques**. 1 vol. in-8. 1896. 7 fr. 50
— **La démocratie fédérative et le socialisme d'État**. In-12. 1 fr.
DUBUC (P.). ***Essai sur la méthode en métaphysique**. 1 vol. in-8. 5 fr.
DUGAS (L.). ***L'amitié antique**. 1 vol. in-8. 1895. 7 fr. 50 (V. p. 2.)
DUNAN. ***Sur les formes à priori de la sensibilité**. 1 vol. in-8. 5 fr.
— **Zénon d'Élée et le mouvement**. In-8. 1 fr. 50 (V. p. 2.)
DUNANT (E.). **Les relations diplomatiques de la France et de la République helvétique** (1798-1803). 1 vol. in-8. 1902. 20 fr.
DUPUY (Paul). **Les fondements de la morale**. In-8. 1900. 5 fr.
Éducation sociale (Congrès de l'), **Paris 1900**. 1 vol. in-8. 1901. 10 fr.
***Entre Camarades**. Ouvr. publié par la Soc. des anciens élèves de la Faculté des lettres de l'Univ. de Paris. *Histoire, littératures ancienne, française, étrangère, philologie, philosophie, journalisme*. 1901, in-8. 10 fr.
ESPINAS (A.). ***Les Origines de la technologie**. 1 vol. in-8. 1897. 5 fr.
FEDERICI. **Les Lois du progrès**. 2 vol. in-8. Chacun. 6 fr.
FERRÈRE (F.). **La situation religieuse de l'Afrique romaine** depuis la fin du IVe siècle jusqu'à l'invasion des Vandales. 1 v. in-8. 1898. 7 fr. 50
FERRIÈRE (Em.). **Les Apôtres**, essai d'histoire religieuse. 1 vol. in-12. 4 fr. 50
— **L'Ame est la fonction du cerveau**. 2 volumes in-18. 7 fr.
— **Le Paganisme des Hébreux jusqu'à la captivité de Babylone**. 1 vol. in-18. 3 fr. 50
— **La Matière et l'Énergie**. 1 vol. in-18. 4 fr. 50
— **L'Ame et la Vie**. 1 vol. in-18. 4 fr. 50
— **Les Mythes de la Bible**. 1 vol. in-18. 1893. 3 fr. 50
— **La Cause première d'après les données expérim**. In-18. 1896. 3 fr. 50
— **Étymologie de 400 prénoms usités en France**. 1 vol. in-18. 1898. 1 fr. 50 (Voy. p. 10 et 32).
FLEURY (Maurice de). **Introduction à la médecine de l'Esprit**. 1 vol. in-8. 6e éd. 1900. 7 fr. 50 (V. p. 3.)
FLOURNOY. **Des phénomènes de synopsie**. In-8. 1893. 6 fr.
— **Des Indes à la planète Mars**. Etude sur un cas de somnambulisme avec glossolalie. 1 vol. in-8, avec grav. 3e éd. 1900. 8 fr.
— **Nouv. observ. sur un cas de somnambulisme**. In-8. 1902. 5 fr.
Fondation universitaire de Belleville (La). Ch. GIDE. *Tr. intellect. et tr. manuel*.—J. BARDOUX. *Prem. efforts et prem. année*. 1901. In-16. 1 fr. 50
FRÉDERICQ (P.). **L'Enseignement supérieur de l'histoire**. Allemagne, France, Ecosse, Angleterre, Hollande, Belgique. In-8. 1899. 7 fr.
GELEY (V.). **Les preuves du transformisme et les enseignements de la doctrine évolutionniste**. 1 vol. in-8. 1901. 6 fr.
GOBLET D'ALVIELLA. **L'Idée de Dieu**, d'après l'anthr. et l'histoire. In-8. 6 fr.
— **La représentation proportionnelle en Belgique**, 1900. 4 fr. 50
GOURD. **Le Phénomène**. 1 vol. in-8. 7 fr. 50
GREEF (Guillaume de). **Introduction à la Sociologie**. 2 vol. in-8. 10 fr.
— **L'évolution des croyances et des doctrines politiques**. 1 vol. in-12. 1895. 4 fr. (V. p. 7.)

GRIMAUX (Ed.). ***Lavoisier** (1748-1794), d'après sa correspondance et divers documents inédits. 1 vol. gr. in-8, avec gravures. 3e éd. 1898. 15 fr.
GRIVEAU (M.). **Les Éléments du beau.** In-18. 4 fr. 50
— **La Sphère de beauté,** 1901. 1 vol. in-8. 10 fr.
GUYAU. **Vers d'un philosophe.** In-18. 3e édit. 3 fr. 50 (Voy. p. 3, 7 et 10.)
GYEL (le Dr E.). **L'être subconscient.** 1 vol. in-8. 1899. 4 fr.
HALLEUX (J.). **Les principes du positivisme contemporain,** exposé et critique. (Ouvrage récompensé par l'Institut). 1 vol. in-12. 1895. 3 fr. 50
— **L'Evolutionnisme en morale** (*H. Spencer*). In-12. 1901. 3 fr. 50
HARRACA (J.-M.). **Contribution à l'étude de l'Hérédité et des principes de la formation des races.** 1 vol. in-18. 1898. 2 fr.
HENNEGUY (Félix). **Le Sphinx.** Poèmes dramatiques. 1 v. in-18. 1899. 3 fr. 50
— **Les Aïeux.** Poèmes dramatiques. 1 vol. in-18. 1901. 3 fr. 50
HERZEN, professeur de physiologie à l'Université de Lausanne. **Causeries physiologiques.** 1 vol. in-12. 1899. 3 fr. 50
HIRTH (G.). **La Vue plastique, fonction de l'écorce cérébrale.** In-8. Trad. de l'allem. par L. ARRÉAT, avec grav. et 34 pl. 8 fr. (Voy. p. 7.)
— **Pourquoi sommes nous distraits?** 1 vol. in-8. 1895. 2 fr.
HOCQUART (E.). **L'Art de juger le caractère des hommes sur leur écriture,** préface de J. CRÉPIEUX-JAMIN. Br. in-8. 1898. 1 fr.
HORION. **Essai de Synthèse évolutionniste,** in-8. 1899. 7 fr.
HORVATH, KARDOS et ENDRODI. ***Histoire de la littérature hongroise,** adapté du hongrois par J. KONT. Gr. in-8, avec gr. 1900. Br. 10 fr. Rel. 15 fr.
ICARD **Paradoxes ou vérités.** 1 vol. in-12. 1895. 3 fr. 50
JOYAU. **De l'Invention dans les arts et dans les sciences.** 1 v. in-8. 5 fr.
— **Essai sur la liberté morale.** 1 vol. in-18. 3 fr. 50
KARPPE (S.), docteur ès lettres. **Les origines et la nature du Zohar,** précédé d'une *Etude sur l'histoire de la Kabbale*. 1901. in-8. 7 fr. 50
KAUFMANN. **La cause finale et son importance au temps présent.** Traduit de l'allemand par A. DEIBER. In-12. 2 fr. 50
KINGSFORD (A.) et MAITLAND (E.). **La Voie parfaite ou le Christ ésotérique,** précédé d'une préface d'Edouard SCHURÉ. 1 vol. in-8. 1892. 6 fr.
KUFFERATH (Maurice). **Musiciens et philosophes.** (Tolstoï, Schopenhauer, Nietzsche, Richard Wagner). 1 vol. in-12. 1899. 3 fr. 50
LAURENT. **Les Universités des deux mondes.** 1 vol. in-12. 1896. 3 fr. 50
LAVELEYE (Em. de). **De l'avenir des peuples catholiques.** In-8. 25 c.
— **Essais et Études.** Première série (1861-1875). — Deuxième série (1875-1882). — Troisième série (1892-1894). Chaque vol. in-8. 7 fr. 50
LEMAIRE (P.). **Le cartésianisme chez les Bénédictins. Dom R. Desgabets.** 1 vol. in-8. 1902. 6 fr. 50
LEMAITRE (J.), professeur au Collège de Genève. — **Audition colorée et Phénomènes connexes observés chez des écoliers.** In-12. 1900. 4 fr.
LETAINTURIER (J.). **Le socialisme devant le bon sens.** in-18. 1 fr. 50
LÉVY (Albert). ***Psychologie du caractère.** In-8. 1896. 5 fr.
LÉVY-SCHNEIDER (L.), docteur ès lettres. — **Le conventionnel Jeanbon Saint-André** (1749-1813). 1901. 2 vol. in-8. 15 fr.
LICHTENBERGER (A.). **Le socialisme au XVIIIe siècle.** Les idées socialistes dans les écrivains français au XVIIIe siècle. In-8. 1895. 7 fr. 50
MABILLEAU (L.). ***Histoire de la philosophie atomistique.** 1 vol. in-8. 1895. (Ouvrage couronné par l'Institut.) 12 fr.
MAINDRON (Ernest). ***L'Académie des sciences** (Histoire de l'Académie; fondation de l'Institut national; Bonaparte, membre de l'Institut). In-8 cavalier, 53 grav., portraits, plans. 8 pl. hors texte et 2 autographes. 12 fr.
MALCOLM MAC COLL. **Le Sultan et les grandes puissances,** essai historique, traduct. de Jean LONGUET. 1 vol. in-8. 1899. 5 fr.
MANACÉINE (Marie de). **L'anarchie passive et Tolstoï.** In-18. 2 fr.
MANDOUL (J.). **Un homme d'État italien : Joseph de Maistre et la politique de la maison de Savoie.** 1 vol. in-8. 8 fr.
MARIÉTAN (J.). **Problème de la classification des sciences, d'Aristote à saint Thomas.** 1 vol. in-8. 1901. 3 fr.

MARSAUCHE (L.). **La Confédération helvétique d'après la Constitution**, préface de M. Frédéric Passy. 1 vol. in-18. 1891. 3 fr. 50
MATAGRIN. **L'esthétique de Lotze.** 1 vol. in-12. 1900. 2 fr.
MATTEUZZI. **Les facteurs de l'évolution des peuples.** In-8. 1900. 6 fr.
MERCIER (Mgr). **Les origines de la psych. contemp.** In-12. 1898. 5 fr.
— **La Définition philosophique de la vie.** Broch. in-8. 1899. 1 fr. 50
MILHAUD (G.), professeur à l'Université de Montpellier. **Le positivisme et le progrès de l'esprit.** 1 vol. in-12. 1902. 2 fr. 50
MISMER (Ch.). **Principes sociologiques.** 1 vol. in-8. 2e éd. 1897. 5 fr.
MONCALM. **Origine de la pensée et de la parole.** In-8. 1899. 5 fr.
MONNIER (Marcel). ***Le drame chinois.** 1 vol. in-16. 1900. 2 fr. 50
MONTIER (Amand). **Robert Lindet**, grand in-8. 1899. 10 fr.
MORIAUD (P.). **La liberté et la conduite humaine** In-12. 1897. 3 fr. 50
NEPLUYEFF (N. de). **La confrérie ouvrière et ses écoles**, in-12. 2 fr.
NIZET. **L'Hypnotisme**, étude critique. 1 vol. in-12. 1892. 2 fr. 50
NODET (V.). **Les agnoscies, la cécité psychique.** In-8. 1899. 4 fr.
NOVICOW (J.). **La Question d'Alsace-Lorraine.** In-8. 1 fr. (V. p. 4, 8 et 16.)
— **La Fédération de l'Europe.** 1 vol. in-18. 2e édit. 1901. 3 fr. 50
PARIS (comte de). **Les Associations ouvrières en Angleterre** (Trades-unions). 1 vol. in-18. 7e édit. 1 fr. — Édition sur papier fort. 2 fr. 50
PAUL-BONCOUR (J.). **Le fédéralisme économique**, préf. de M. WALDECK-ROUSSEAU. 1 vol. in-8. 2e édition. 1901. 6 fr.
PAULHAN (Fr.). **Le Nouveau mysticisme.** 1 vol. in-18. 1891. 2 fr. 50
PELLETAN (Eugène). ***La Naissance d'une ville** (Royan). In-18. 2 fr.
— ***Jarousseau, le pasteur du désert.** 1 vol. in-18. 2 fr.
— ***Un Roi philosophe** : *Frédéric le Grand*, in-18. 3 fr. 50
— **Droits de l'homme.** 1 vol. in-12. 3 fr. 50
— **Profession de foi du XIXe siècle.** In-12. 3 fr. 50 (V. p. 31.)
PEREZ (Bernard). **Mes deux chats.** In-12, 2e édition. 1 fr. 50
— **Jacotot et sa Méthode d'émancipation intellect.** In-18. 3 fr
— **Dictionnaire abrégé de philosophie.** 1893. in-12. 1 fr. 50 (V. p. 8.)
PHILBERT (Louis). **Le Rire.** In-8. (Cour. par l'Académie française.) 7 fr. 50
PHILIPPE (J.). **Lucrèce dans la théologie chrétienne** du IIIe au XIIIe siècle. 1 vol. in-8. 1896. 2 fr. 50
PIAT (C.). **L'Intellect actif.** 1 vol. in-8. 4 fr. (V. p. 8, 11, 12.)
— **L'Idée ou critique du Kantisme.** 2e édition 1901. 1 vol. in-8. 6 fr.
PICARD (Ch.). **Sémites et Aryens** (1893). In-18. 1 fr. 50
PICARD (E.). **Le Droit pur, les permanences juridiques abstraites.** 1 v. in-8. 1899. 7 fr. 50
PICAVET (F.). **La Mettrie et la crit. allem.** 1889. In-8. 1 fr. (V. p. 8.)
PICTET (Raoul). **Étude critique du matérialisme et du spiritualisme par la physique expérimentale.** 1 vol. gr. in-8. 1896. 10 fr.
PINLOCHE (A.), professeur honoraire de l'Université de Lille. **Pestalozzi et l'éducation populaire moderne.** 1 vol. in-12. 1902. 2 fr. 50
POEY. **M. Littré et Auguste Comte.** 1 vol. in-18. 3 fr. 50
PORT. **La Légende de Cathelineau.** In-8. 5 fr.
POULLET. **La Campagne de l'Est** (1870-1871). In-8, avec cartes. 7 fr.
***Pour et contre l'enseignement philosophique**, par MM. VANDEREM (Fernand), RIBOT (Th.), BOUTROUX (F.), MARION (H.), JANET (P.), FOUILLÉE (A.); MONOD (G.), LYON (Georges), MARILLIER (L.), CLAMADIEU (abbé), BOURDEAU (J.), LACAZE (G.), TAINE (H.). 1894. In-18. 2 fr.
PRAT (Louis). **Le mystère de Platon (Aglaophamos).** 1 v. in-8. 1900. 4 fr.
PRÉAUBERT. **La vie, mode de mouvement.** In-8. 1897. 5 fr.
PRINS (Ad.). **L'organisation de la liberté et le devoir social.** 1 vol. in-8. 1895. 4 fr.
Programme maritime de 1900-1906 (Le). 1 vol. in-12. 1902. 3 fr. 50
Psychologie (IVe Congrès international), Paris 1900. 1 vol. in-8. 1901. 20 fr.
PUJO (Maurice). ***Le règne de la grâce.** 1 vol. in-18. 3 fr. 50
RATAZZI (Mme). **Emilio Castelar.** In-8, avec illustr., portr. 1899. 3 fr. 50

RAYMOND (P.). **L'arrondissement d'Uzès avant l'Histoire.** In-8, avec gravures. 1900. 6 fr.
RENOUVIER, de l'Inst. **Uchronie.** *Utopie dans l'Histoire.* 2e é. 1901. In-8. 7 50
RIBERT (L.). **Essai d'une philosophie nouvelle.** 1 vol. in-8. 1898. 6 fr.
RIBOT (Paul). **Spiritualisme et Matérialisme.** 2e éd. 1 vol. in-8. 6 fr.
ROBERTY (J.-E.) **Auguste Bouvier,** pasteur et théologien protestant. 1826-1893. 1 fort vol. in-12. 1901. 3 fr. 50
ROISEL. **Chronologie des temps préhistoriques.** In-12. 1900. 1 fr.
ROTT (Ed.). **La représentation diplomatique de la France auprès des cantons suisses confédérés.** T. I (1498-1559). 1 vol. gr. in-8. 1900, 12 fr. — T. II (1559-1610). 1 vol. gr. in-8. 1902. 15 fr.
RUTE (Marie-Letizia de). **Lettres d'une voyageuse.** In-8. 1896. 3 fr.
SANDERVAL (O. de). **De l'Absolu.** La loi de vie. 1 vol. in-8. 2e éd. 5 fr.
— **Kahel. Le Soudan français.** In-8, avec gravures et cartes. 8 fr.
SAUSSURE (L. de). ***Psychol. de la colonisation franç.**, in-12. 3 fr. 50
SAYOUS (E.), professeur à l'Université de Besançon. ***Histoire générale des Hongrois.** 2e éd. revisée par ANDRÉ SAYOUS et J. DOLENECZ. 1 vol. grand in-8, avec grav. et pl. hors texte. 1900. Br. 15 fr. Relié. 20 fr.
Sciences sociales (Premier Congrès de l'enseignement des). Paris 1900. 1 vol. in-8. 1901. 7 fr. 50
SECRÉTAN (Ch.). **Études sociales.** 1889. 1 vol. in-18. 3 fr. 50
— **Les Droits de l'humanité.** 1 vol. in-18. 1891. 3 fr. 50
— **La Croyance et la civilisation.** 1 vol. in-18. 2e édit. 1891. 3 fr. 50
— **Mon Utopie.** 1 vol. in-18. 3 fr. 50
— **Le Principe de la morale.** 1 vol. in-8. 2e éd. 7 fr. 50
— **Essais de philosophie et de littérature.** 1 vol. in-12. 1896. 3 fr. 50
SECRÉTAN (H.). **La Société et la morale.** 1 vol. in-12. 1897. 3 fr. 50
SKARZYNSKI (L.). ***Le progrès social à la fin du XIXe siècle.** Préface de M. LÉON BOURGEOIS. 1901. 1 vol. in-12. 4 fr. 50
SOLOWEITSCHEK (Leonty). **Un prolétariat méconnu,** étude sur la situation sociale et économique des ouvriers juifs. 1 vol. in-8. 1898. 2 fr. 50
SOREL (Albert), de l'Acad. franç. **Traité de Paris de 1815.** In-8. 4 fr. 50
SPIR (A.). **Esquisses de philosophie critique.** 1 vol. in-18. 2 fr. 50
— **Nouvelles esquisses de philosophie critique.** In-8. 1899. 3 fr. 50
STOCQUART (Emile). **Le contrat de travail.** In-12. 1895. 3 fr.
TERQUEM (A.). **Science romaine à l'époque d'Auguste.** in-8. 3 fr.
TISSOT. **Principes de morale.** 1 vol. in-8. 6 fr. (Voy. KANT, p. 11.)
VACHEROT. **La Science et la Métaphysique.** 3 vol. in-18. 10 fr. 50
VAN BIERVLIET (J.-J.). **Psychologie humaine.** 1 vol. in-8. 8 fr.
— **La Mémoire.** Br. in-8. 1893. 2 fr.
— **Etudes de psychologie,** 1 vol. in-8. 1901. 4 fr.
— **Causeries pschologiques.** 1 vol. in-8. 1902. 3 fr.
VIALLATE (A.). **Chamberlain.** in-12, préface de E. BOUTMY. 2 fr. 50
VIALLET (C.-Paul). **Je pense, donc je suis.** Introduction à la méthode cartésienne. 1 vol. in-12. 1896. 2 fr. 50
VIGOUREUX (Ch.). **L'Avenir de l'Europe** au double point de vue de la politique de sentiment et de la politique d'intérêt. 1892. 1 vol. in-18. 3 fr. 50
WEIL (Denis). **Le Droit d'association et le Droit de réunion** devant les chambres et les tribunaux. 1893. 1 vol. in-12. 3 fr. 50
— **Les Élections législatives, législation et mœurs.** 1 vol. in-18 1895. 3 fr. 50
WUARIN (L.). **Le Contribuable.** 1 vol. in-16. 3 fr. 50
WULF (M. de). **Histoire de la philosophie scolastique dans les Pays-Bas et la principauté de Liège jusqu'à la Révol. franç.** In-8. 5 fr.
— **Sur l'esthétique de saint Thomas d'Aquin.** In-8. 1 fr. 50
— **La Philosophie médiévale.** 1 vol. in-8. 1899. 7 fr. 50
ZIESING (Th.). **Érasme ou Salignac.** Étude sur la lettre de François Rabelais. 1 vol. gr. in-8. 4 fr.
ZOLLA (D.). **Les questions agricoles d'hier et d'aujourd'hui.** 1894, 1895. 2 vol. in-12. Chacun. 3 fr. 50

BIBLIOTHÈQUE UTILE

124 VOLUMES PARUS.

Le volume de 192 pages, broché, 60 centimes.

Cartonné à l'anglaise, 1 fr.

La plupart des livres de cette collection ont été adoptés par le *Ministère de l'Instruction publique* pour les Bibliothèques des Lycées et Collèges de garçons et de jeunes filles, celles des Ecoles normales, les Bibliothèques populaires et scolaires.

HISTOIRE DE FRANCE

Les Mérovingiens, par BUCHEZ.

Les Carlovingiens, par BUCHEZ.

Les Luttes religieuses des premiers siècles, par J. BASTIDE. 4e édit.

Les Guerres de la Réforme, *du même*.

La France au moyen âge, par F. MORIN.

Jeanne d'Arc, par Fréd. LOCK.

Décadence de la monarchie française, par Eug. PELLETAN, sénateur. 4e édit.

La Révolution française, par H. CARNOT (2 volumes).

La Défense nationale en 1792, par P. GAFFAREL, professeur à l'Univ. de Dijon.

Napoléon Ier, par Jules BARNI. 3e édit.

Histoire de la Restauration, par Fréd. LOCK. 3e édit.

Histoire de Louis-Philippe, par Edgar ZEVORT, recteur de l'Académie de Caen. 2e édit.

Mœurs et Institutions de la France, par P. BONDOIS, prof. au lycée Buffon, 2 vol.

Petite histoire abrégée des rapports de l'Église et de l'État en France (1789-1871), par MM. DUBOIS et SARTHOU. (Résumé d'après l'ouvrage de M. A. DEBIDOUR.)

Histoire de l'armée française, par L. BÈRE.

Histoire de la marine française, par DONEAUD, prof. à l'École navale. 2e édit.

Histoire de la conquête de l'Algérie, par QUESNEL.

Les Origines de la guerre de 1870, par Ch. DE LARIVIÈRE.

Histoire de la littérature française, par Georges MEUNIER, agrégé de l'Univ.

Histoire de l'Art ancien et moderne (avec grav.), par le même.

PAYS ÉTRANGERS

L'Espagne et le Portugal, par E. RAYMOND. 2e édition.

Histoire de l'Empire ottoman, par L. COLLAS. 2e édition.

Les Révolutions d'Angleterre, par Eug. DESPOIS. 3e édition.

Histoire de la maison d'Autriche, par Ch. ROLLAND. 2e édition.

L'Europe contemporaine (1789-1879), par P. BONDOIS, prof. au lycée Buffon.

Histoire contemporaine de la Prusse, par Alfr. DONEAUD.

Histoire contemporaine de l'Italie, par Félix HENNEGUY.

Histoire contemporaine de l'Angleterre, par A. REGNARD.

HISTOIRE ANCIENNE

La Grèce ancienne, par L. COMBES.

L'Asie occid. et l'Égypte, par A. OTT.

L'Inde et la Chine, par A. OTT.

Histoire romaine, par CREIGHTON.

L'Antiquité romaine, par WILKINS.

L'Antiquité grecque, par MAHAFFY.

GÉOGRAPHIE

Torrents, fleuves et canaux de la France, par H. BLERZY.

Les Colonies anglaises, par H. BLERZY.

Les Iles du Pacifique, par le capitaine de vaisseau JOUAN (avec une carte).

Les Peuples de l'Afrique et de l'Amérique, par GIRARD DE RIALLE.

Les Peuples de l'Asie et de l'Europe, par GIRARD DE RIALLE.

L'Indo-Chine française, par FAQUE.

Géographie physique, par GEIKIE.

Continents et Océans, par GROVE (avec figures).

Les Frontières de la France, par P. GAFFAREL, prof. à la Faculté de Dijon.

L'Afrique française, par A. JOYEUX.

Madagascar, par A. MILHAUD, prof. agrégé d'histoire et de géographie (avec carte).

Les grands ports de commerce, par D. BELLET.

COSMOGRAPHIE

Les Entretiens de Fontenelle sur la pluralité des mondes, mis au courant de la science, par BOILLOT.

Le Soleil et les Étoiles, par le P. SECCHI, BRIOT, WOLF et DELAUNAY. 2e éd. (avec fig.).

Les Phénomènes célestes, par ZURCHER et MARGOLLÉ.

A travers le ciel, par AMIGUES, proviseur du lycée de Toulon.

Origines et Fin des mondes, par Ch. RICHARD. 3e édition.

Notions d'astronomie, par L. CATALAN. 4e édition (avec figures).

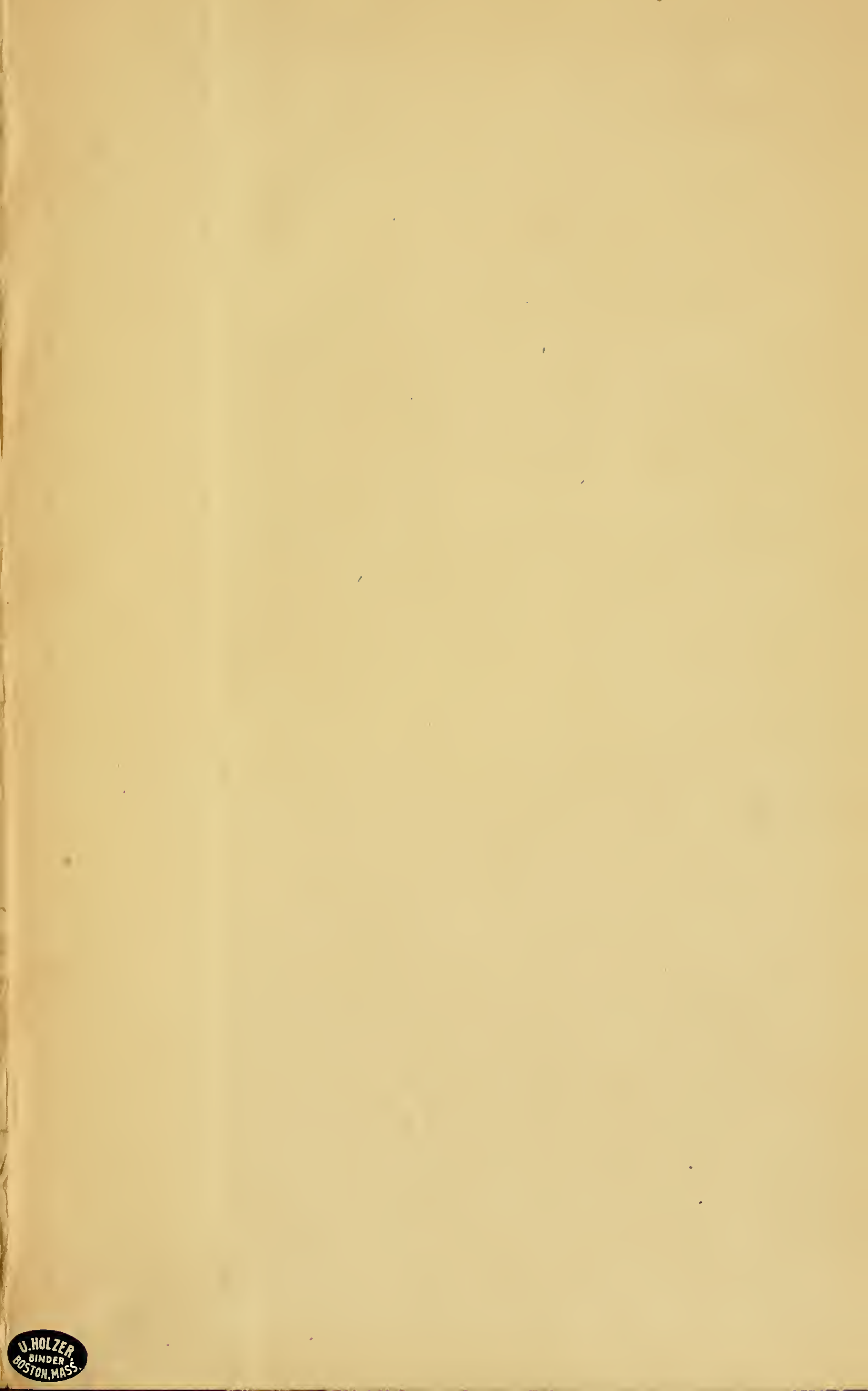
SCIENCES APPLIQUÉES

Le Génie de la science et de l'industrie, par B. GASTINEAU.

Causeries sur la mécanique, par BROTHIER. 2e édit.

L.-Imprimeries réunies, rue Saint-Benoît, 7, Paris. — 8972.

126-03. — Coulommiers. Imp. Paul BRODARD. — 1-03.


U. HOLZER
BINDER
BOSTON, MASS.

